

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1917-1918. — N° ~~1~~

81

DU BALLON DE CHAMPETIER DE RIBES

de moyen volume dans la Provocation artificielle du Travail

THÈSE

POUR LE DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE LYON

(SECTION DE MÉDECINE)

Présentée et soutenue publiquement devant la Faculté de Médecine et de Pharmacie

Le 3 Juin 1918.

PAR

André MARCAKIS

DOCTEUR EN MÉDECINE DE LA FACULTÉ D'ATHÈNES

Ancien élève de l'Ecole du Service de santé militaire

Né le 25 Décembre 1891, à Candie (Ile de Crète)



LYON

IMPRIMERIE J. PONCET

Rue de la Charité, 12-14

1918

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1917-1918. — N° 12.

81

DU BALLON DE CHAMPETIER DE RIBES

de moyen volume dans la Provocation artificielle du Travail

THÈSE

POUR LE DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE LYON

(SECTION DE MÉDECINE)

Présentée et soutenue publiquement devant la Faculté de Médecine et de Pharmacie

Le 3 Juin 1918

PAR

André MARCAKIS

DOCTEUR EN MÉDECINE DE LA FACULTÉ D'ATHÈNES

Ancien élève de l'Ecole du Service de santé militaire

Né le 25 Décembre 1891, à Candie (Ile de Crète)



LYON

IMPRIMERIE J. PONCET

Rue de la Charité, 12-14

1918

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. HUGOUNENQ. DOYEN.
X. ASSESSEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES
MM. AUGAGNEUR, SOULIER, CAZENEUVE, LÉPINE, PIERRET,
BEAUVISAGE, LACASSAGNE.

PROFESSEURS

Cliniques médicales	{	MM. TEISSIER
Cliniques chirurgicales.		ROQUE
Clinique obstétricale et Accouchements	{	BARD
Clinique ophtalmologique		TIXIER
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques		BÉRARD
Clinique des maladies nerveuses et mentales.		FABRE
Clinique des maladies des enfants.		ROLLET
Clinique des maladies des femmes		NICOLAS
Physique médicale		LÉPINE (J)
Chimie biologique		WEILL
Chimie organique et Toxicologie		POLLOSSON (A.)
Matière médicale et Botanique		CLUZET
Parasitologie et Histoire naturelle médicale		HUGOUNENQ
Anatomie		MOREL
Anatomie générale et Histologie		MOREAU
Physiologie		GUIART
Pathologie interne		TESTUT
Pathologie et Thérapeutiques générales		X...
Anatomie pathologique.		MORAT
Médecine opératoire.		COLLET
Médecine expérimentale et comparée		X...
Médecine légale		PAVIOT
Hygiène.		POLLOSSON (M.)
Thérapeutique.		COURMONT (P.)
Pharmacologie.		ETIENNE MARTIN
		LESIEUR
		PIC
		FLORENCE

PROFESSEURS ADJOINTS

Physiologie, cours complémentaire.	MM. DOYON.
Maladies des oreilles, du nez et du larynx	LANNOIS.
Pathologie externe	VALLAS.
Maladies des voies urinaires	ROCHET,

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Chimie minérale	MM. BARRAL,	agrégé.
Propédeutique de gynécologie.	CONDAMIN,	—
Chirurgie infantile	NOVE-JOSSERAND,	—
Accouchements	COMMANDEUR,	—
Embryologie	LATARJET,	—
Anatomie topographique.	PATEL,	—
Botanique	BRETIN,	—
Chirurgie expérimentale	VILLARD,	—
Clinique infantile.	MOURIQUAND,	—
Déontologie et médecine professionnelle	X...	—

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
BARRAL	LATARJET	MOURIQUAND	FROMENT
COMMANDEUR	BRETIN	ARLOING (F.)	THEVENOT (Lucien)
NEVEU-LEMAIRE	LERICHE	GUILLEMARD.	PIERY
LAROYENNE	THEVENOT(Léon)	POLICARD	COTTE
VORON	TAVERNIER	GARIN	DUROUX
NOGIER	CADE	SAVY	BONNAMOUR

M. BAYLE, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. A. POLLOSSON, Président ; FABRE, Assesseur ;
MM. COMMANDEUR et CADE, Agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MA FAMILLE

*En témoignage de mon affection
et de ma reconnaissance pour tout
ce qu'elle a fait pour moi.*

A LA MÉMOIRE DE MON FRÈRE

A MON ONCLE L'ÉVÊQUE BASILE

*Je lui dédie ce travail comme un
modeste gage de mon profond
amour et de ma reconnaissance
pour tout ce qu'il a fait pour mon
éducation.*

A TOUS CEUX QUI ME SONT CHERS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR AUGUSTE POLLOSSON

*Nous sommes heureux de lui
exprimer notre gratitude pour le
très grand honneur qu'il nous fait
en acceptant la présidence de cette
thèse.*

A MON MAITRE EN OBSTÉTRIQUE
MONSIEUR LE DOCTEUR PLAUCHU

ACCOUCHEUR DES HOPITAUX

Il nous a fait le grand honneur de nous admettre comme interne dans son service de la Maternité de la Croix-Rousse, où il ne nous a ménagé ni ses conseils ni son enseignement. Qu'il daigne agréer cette humble dédicace comme un faible gage de notre respectueuse reconnaissance.

A MES MAITRES

DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE D'ATHÈNES

DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE LYON

DE L'ÉCOLE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE

Nous adressons nos plus respectueux remerciements aux professeurs et agrégés qui ont bien voulu accepter de faire partie du jury de notre thèse : MM. Fabre, Commandeur et Cade.

INTRODUCTION

Depuis une douzaine d'années, à la Maternité de la Croix-Rousse sont employés concurremment, dans la pratique de l'accouchement provoqué, les deux modes techniques principaux, la bougie de Krause d'une part et le ballon de Champetier de Ribes de l'autre. Une expérience comparative de ces deux moyens a été longuement acquise, et le docteur Plauchu a pu établir les avantages et inconvénients respectifs de ces méthodes.

La bougie a présenté son cortège habituel d'avantages et d'inconvénients et a donné les résultats bien connus et souvent étudiés antérieurement, en particulier à Lyon, dans les thèses de Delaigue et de Villermoz.

La technique par le ballon, grâce à des modifications de détails établies par l'expérience, a permis de supprimer la majorité des inconvénients étudiés et reconnus à cette méthode par de nombreux accoucheurs et en particulier par l'école de Budin. Les modifications de la technique par le ballon, la conduite du travail, l'étude des résultats constitueront l'objet principal de notre thèse, pour laquelle M. Plauchu nous a largement aidé.

Nous n'avons nullement l'intention de vouloir démontrer ou affirmer la supériorité de l'emploi du ballon sur celui de la bougie, mais seulement d'exposer les avantages que le ballon peut avoir dans nombre de cas sur les autres moyens.

Dans cette branche de l'obstétrique, comme dans toutes, aucune méthode ne doit être proscrite de parti pris ou par

les seules considérations théoriques, mais chacun doit chercher à acquérir une expérience pratique personnelle et une habitude suffisante pour pouvoir porter son jugement en toute connaissance de cause. Il est de notion courante, en effet, que nombre d'accoucheurs qui ont proscrit le ballon systématiquement l'ont fait sans une connaissance pratique personnelle et sans même l'avoir essayé un certain nombre de fois.

Les résultats que nous avons enregistrés n'autorisent nullement la proscription d'une méthode au profit d'une autre et permettent, dans une certaine mesure, de préciser les indications respectives.

Après un court chapitre d'historique nous étudierons longuement, dans un second chapitre, les détails de la technique ; nous publierons ensuite les 46 observations bien étudiées que nous avons pu recueillir à la Maternité de la Croix-Rousse, et l'étude de ces observations nous permettra ensuite d'exposer nos résultats.

CHAPITRE PREMIER

Historique.

C'est en 1778 que Roussel de Vauzelme conseilla le premier d'interrompre la grossesse dans un but eutocique.

Mais, en 1827, l'Académie de Médecine condamne l'accouchement prématuré provoqué. Stolz, de Strasbourg, en 1831, reprend la question, et bientôt plusieurs accoucheurs français, parmi lesquels Nichet, de Lyon, adoptent ses idées.

En Allemagne, sous l'influence des Anglais qui, depuis 1756, avaient mis en pratique l'accouchement prématuré provoqué, c'est May qui, en 1799, en posait les indications tandis que Wenzel le pratiquait avec succès en 1804.

A partir de 1887, pour certaines écoles, l'accouchement prématuré cède le pas à la césarienne et à la symphyseotomie. Pourtant l'accouchement prématuré provoqué est loin d'être abandonné en particulier à Lyon et diverses statistiques, publiées avec des résultats de plus en plus favorables, ont poussé les accoucheurs à maintenir à l'accouchement provoqué une place de premier plan à côté de la césarienne, de préférence à la symphyseotomie dans le traitement des dystocias pelviennes.

Nous nous proposons dans ce travail de laisser de côté toute la question des indications soit absolues soit relatives à d'autres opérations, pour étudier seulement la technique et en particulier la technique trop abandonnée à notre avis, qui consiste à employer, suivant certaines règles particulières, le ballon de Champetier de Ribes.

Nous ne ferons que signaler le nombre très grand des méthodes qui ont été utilisées jusqu'à aujourd'hui pour provoquer l'accouchement. Elles n'ont plus, pour la plupart, qu'un intérêt historique. En voici un tableau résumé :

A. — Méthode excitatrice ou physiologique ayant pour but la mise en train du travail sans influer sur sa marche par des procédés tels que :

1° Médicaments : Rue, if, sabine, absinthe, Ergot de seigle, sulfate de quinine, chlorhydrate de pilocarpine ;

2° Excitation réflexe de l'utérus par bains chauds, électrisation de la mamelle ou de l'utérus (Huter, 1803), tamponnement vaginal préconisé par Schöller (1839), douches vaginales (Kiwisch) ;

3° Excitation interne de l'utérus par cautérisation du col, tamponnement du col, décollement du pôle inférieur de l'œuf, mise en place d'un excitateur dans le segment inférieur (ballon) ;

4° Excitation intra-térine profonde par rupture des membranes, décollement profond de l'œuf par injections intra-utérines (Schweighauser, 1825), mise en place d'une sonde à demeure (Krause).

B. — Méthode excito-dilatatrice ou physiologico-mécanique ayant pour but la mise en jeu des contractions utérines et la dilatation mécanique du col. Tel était le but de l'écarteur de Tarnier et des ballons volumineux introduits au-dessus du col utérin.

C. — Méthode dilatatrice ou mécanique ayant pour but de dilater le col sans le concours des contractions utérines par des ballons dilatateurs, dilatateurs métalliques, dilatation manuelle.

Parmi tous ces procédés pour la plupart désuets les seuls qui soient vraiment restés dans la pratique courante et que nous allons envisager sont : Le procédé de la bougie de Krause et celui du ballon de Champetier de Ribes.

L'emploi de ces deux procédés pour la provocation de l'accouchement est basé sur ce fait que l'utérus comme tous les muscles creux, se contracte au contact d'un corps étranger introduit dans sa cavité.

Et lorsque ce corps étranger en même temps que l'excitation du muscle détermine, par son volume, une dilatation du segment inférieur, son rôle devient encore plus actif.

C'est Miquel (1848) qui a eu le premier l'idée de se servir du procédé du ballon pour provoquer l'accouchement. Il se servait d'une vessie de porc qu'il montait sur une canule et qu'il gonflait une fois introduite dans l'utérus.

Plus tard Schauta introduisait le colpeurynter de Braun, sorte de ballon extensible en caoutchouc vulcanisé de 5 à 10 $\frac{\text{cm}}{\text{m}}$ de diamètre et muni d'un tube de 30 $\frac{\text{cm}}{\text{m}}$ au-dessus du col utérin et il le remplissait d'eau pour provoquer le travail.

Ensuite vient la période du ballon de Tarnier (1862).

C'était un ballon excitateur constitué par un tube en caoutchouc gros comme une plume d'oie, long de 30 $\frac{\text{cm}}{\text{m}}$, épais et résistant et dont les parois deviennent de plus en plus minces au fur et à mesure qu'on se rapproche de l'une des extrémités, de façon que cette extrémité se dilate quand on pousse une injection dans le tube.

Ce ballon étant introduit dans l'utérus avec un conducteur métallique creusé en gouttière.

Le ballon de Tarnier étant en caoutchouc, il arrivait souvent qu'il se rompait. D'autre part, à cause de son petit volume, il arrivait que l'utérus, après quelques contractions, le rejetait dans le vagin avant d'avoir provoqué activement le travail.

Ce n'est qu'en 1888 que Champetier de Ribes a imaginé le ballon qui depuis porte son nom.

Ce ballon d'une circonférence de 32 $\frac{\text{cm}}{\text{m}}$, de 11 $\frac{\text{cm}}{\text{m}}$ de diamètre et de contenance de 500 à 550 grammes étant destiné à provoquer la dilatation du col et des parties molles. Par

lui, Champetier de Ribes « transformait l'accouchement prématuré provoqué en une sorte d'accouchement gémellaire dans lequel le premier enfant serait réduit au ballon représentant une première tête fœtale. »

Mais l'emploi de ce ballon volumineux présentait un certain nombre d'inconvénients et les défauts de son emploi ont fait décrier par certains maîtres et en particulier par Budin et ses élèves la méthode elle-même. Nous verrons plus loin qu'il ne mérite pas d'être proscrit, mais qu'avec certains perfectionnements la technique par le ballon donne d'excellents résultats et peut-être mise, avec des indications précises, en balance avec la bougie de Krause.

Le procédé de Krause dérive de ceux de Riecke, Zindaëk, Mampe et Lehman qui se servaient d'une bougie en cire qu'ils introduisaient dans le segment inférieur, sans la laisser y séjourner, tous les jours jusqu'à effet produit.

En 1855, Krause ayant modifié la méthode précédente, dont le but était le décollement des membranes, a employé un cathéter flexible pour pouvoir injecter dans le fond utérin de l'eau tiède, au cas où l'utérus ne réagirait pas par la simple introduction du cathéter.

Plus tard la sonde a été remplacée par une bougie en gomme pour éviter l'introduction de l'air dans l'utérus. Elle agit par sa seule présence et provoque les contractions utérines en agissant comme corps étranger utérin.

La technique de l'introduction de la bougie est des plus simples.

Après les précautions d'asepsie ordinaire et sous anesthésie on saisit la lèvre postérieure du col que l'on tire vers la vulve. Puis, se servant de l'index comme guide, on introduit dans le vagin, on fait glisser la bougie dans le col dans un sens déterminé avec douceur jusqu'à l'introduction complète dans l'utérus.

Si on rencontre un obstacle au cours de la pénétration de la bougie on la retire et on essaye de l'introduire dans

une autre direction jusqu'à ce que son extrémité inférieure ait franchi l'orifice externe du col.

Ordinairement l'introduction de la bougie est facile et les cas sont rares où l'on rencontre une véritable difficulté. Elle est néanmoins passible de quelques reproches qui lui enlèvent cette supériorité indiscutable qui devrait la faire employer à l'exclusion de tout autre méthode. A notre avis, elle a, comme le ballon, ses indications propres et doit, dans nombre de cas, céder le pas au ballon qui se montre supérieur à certains points de vue.

CHAPITRE II

Technique par le Ballon de Champetier de moyen volume.

La technique habituellement employée consistait autrefois dans l'emploi d'un gros ballon de Champetier d'une circonférence égale ou supérieure à celle d'une tête fœtale, dans le but de produire une dilatation complète du col utérin.

Le ballon, très volumineux, était introduit à l'aide d'un petit forceps spécial (pince porte-ballon) et gonflé à l'aide d'une seringue ; souvent même des tractions soit manuelles, soit à l'aide des poids appliqués sur une poulie de réflexion cherchaient à compléter l'effet dilatateur. C'était un moyen à la fois excitateur et dilatateur.

Cette méthode donnait franchement de mauvais résultats. L'introduction devait être précédée souvent de la dilatation artificielle du col pour pouvoir permettre l'introduction du gros ballon coiffé de son forceps. Le gonflement aveugle à la seringue et l'hypertension qui en résultait le faisaient éclater souvent. Enfin, le gros volume du contenu augmentait considérablement l'hypertension utérine, entraînait souvent la rupture de la poche des eaux accidentelle ou préalablement effectuée, toutes choses prédisposant aux accidents ultérieurs de la rétraction de la région bandlienne et aux irrégularités et insuffisances de la contraction utérine physiologique.

Enfin, par son excès de volume, le ballon se logeait fatalement bien au-dessus du détroit supérieur, refoulait à droite ou à gauche la présentation fœtale, aboutissait souvent à des présentations vicieuses et à des procidences diverses.

Employé ainsi le ballon était une mauvaise méthode sur laquelle l'emploi de la bougie de Krause avait une supériorité incontestable.

Modifications de cette Technique ancienne.

1° *Choix et préparation de l'instrument.* — Le ballon, employé par M. Plauchu, est d'un volume moyen bien inférieur au volume d'une tête fœtale; il est employé uniquement dans un but excitateur du travail. Il présente une circonférence maximum de 25 $\frac{\text{cm}}{\text{m}}$ et un contenu de 250 à 300 grammes de liquide, un diamètre de 8 $\frac{\text{cm}}{\text{m}}$.

2° *Précautions antiseptiques.* — Le ballon est désinfecté par savonnage prolongé à l'eau chaude dans un linge stérilisé, lavage à l'eau stérilisée et immersion pendant un quart d'heure dans un bain de sublimé à 1 pour 4.000.

Précautions classiques du côté des mains de l'opérateur et du côté de la malade (savonnage prolongé de la vulve, injection vaginale avec la solution de Tarnier faible).

3° *Introduction du ballon.* — Le but capital est d'introduire le ballon dans le segment inférieur sans le secours d'aucun instrument pour éviter, fût-ce accidentellement, la rupture de la poche des eaux avant le travail. Dans ce but, M. Plauchu a utilisé un moyen qui lui a été indiqué par le docteur Gelley, d'Annecy, qu'il remplaçait pendant son internat et qui consiste à introduire directement le ballon dans le col sans l'aide de la pince porte ballon.

Pour cela la lèvre postérieure du col est saisie en son milieu à l'aide d'une pince à deux griffes. Des légères tractions sont opérées par un aide. Puis le ballon vidé de

tout contenu est fortement roulé de façon à prendre la forme d'un cigare dont l'extrémité est introduite directement avec les doigts dans l'orifice externe du col, puis poussé avec l'index jusqu'à ce que le bourrelet représentant la grande circonférence du ballon ait franchit l'orifice interne du col.

Ce mode d'introduction dont le but est de supprimer la pince porte-ballon et les risques de rupture de l'œuf est pour ainsi dire très facile et il n'est aucun interne de la Maternité de la Croix-Rousse qui n'y soit parvenu après deux ou trois démonstrations. Dès que le ballon est introduit et légèrement tassé au-dessus de l'orifice interne, l'embout d'une douche pleine d'eau stérilisée est adapté au tube du ballon et le gonflement s'opère par la seule pression de l'eau surélevée à 1^m 50 $\frac{c}{m}$ environ. M. Plauchu a été conduit à ce procédé de gonflement dès 1903, par l'absence de seringue à la Maternité de la Croix-Rousse. A mesure que le ballon se gonfle, il crée pour ainsi dire sa place dans le segment inférieur, décolle le pôle inférieur de l'œuf, en refoule légèrement les membranes mais aussi et surtout, extériorise du côté du vagin le segment inférieur déjà constitué à quelque degré ; si bien que le gonflement terminé, le ballon occupe beaucoup plus le pelvis et le haut de l'excavation que le détroit supérieur et la partie sus-jacente.

4° *Faits consécutifs*. — Le gonflement terminé, une injection vaginale est faite, une lame de coton stérilisé est placée sur la vulve, la malade est reportée dans son lit et l'on attend le début du travail.

Allure et conduite du Travail.

Il est de règle presque absolue que les contractions utérines douloureuses du travail apparaissent dans les trois ou quatre premières heures après l'introduction du ballon, quelques fois elles apparaissent presque de suite. En

général, le plus souvent, de petites douleurs fugaces se produisent au bout d'une ou deux heures. Puis, après deux ou trois heures de douleurs atténuées, celles-ci deviennent plus énergiques, plus régulières et plus rapprochées, la phase de dilatation commence activement et se poursuit sans arrêt. Si le ballon a été placé dans la matinée, c'est en général vers le milieu ou la fin de l'après-midi que la dilatation du col est suffisante pour laisser le ballon s'échapper dans le vagin. A ce moment on constate que la poignée du ballon sort toute entière de la vulve et de légères tractions permettent facilement d'extraire celui-ci hors des voies génitales. Une injection vaginale est alors faite profondément et le toucher permet de reconnaître que le col est dilaté à une petite paume de main, il est flottant, cylindrique et le doigt atteint plus haut la poche des eaux intacte qui bombe plus ou moins. La présentation se trouve plus ou moins amorcée au détroit supérieur. Dans la moitié des cas environ l'extraction du ballon est suivie d'une phase d'atténuation des douleurs, mais celle-ci dure peu et les douleurs ne tardent pas à réapparaître, le travail se poursuit comme s'il s'agissait d'un accouchement spontané, le succès final de l'accouchement ne dépend plus que du degré de l'angustie pelvienne et de l'opportunité plus ou moins grande avec laquelle on a fixé la décision de la provocation du travail.

Dans la seconde moitié des cas, le travail tend nettement à s'arrêter et il est nécessaire pour le faire repartir de rompre artificiellement la poche des eaux. Cette décision n'entraîne d'ailleurs aucun inconvénient si l'indication de l'accouchement prématuré n'est pas un rétrécissement du bassin et les inconvénients ne sont pas notables même s'il s'agit d'un rétrécissement. En effet, le col est déjà dilaté à une paume de main, la tête n'est pas disproportionnée à la filière quand on a provoqué le travail prématurément au bon moment. En tout cas, dans nos observations nous n'avons jamais vu survenir des conséquences importantes ou graves attribuables à cette rupture artificielle.

La poche des eaux, une fois rompue, le travail recommence activement et se poursuit comme dans un accouchement spontané avec rupture précoce des membranes. La dilatation du col arrive toujours au bout d'un temps plus ou moins long à être complète et aboutit à la période d'expulsion.

CHAPITRE III

Observations.

Nous avons recueilli à la Maternité de la Croix-Rousse, quarante-six observations d'accouchement provoqué où la méthode précédente a été employée. Nous en rapportons quelques-unes en détail, les autres résumées, toutes ayant été pour ainsi dire calquées sur le même type au point de vue de la technique.

OBSERVATION I

13 décembre 1903.

Accouchement prématuré provoqué à 6 mois $\frac{1}{2}$ pour rétrécissement mitral et accidents grévigo-cardiaques.

J..., née A..., 34 ans, I^{para}.

Le 13 décembre 1903, la malade entre à la Maternité à 9 h. du matin. Elle est obligée de rester demi-assise le décubitus étant impossible à cause de la dyspnée intense causée par sa cardiopathie. L'interruption de la grossesse étant formellement indiquée on introduit un ballon moyen directement avec les doigts dans le col et le segment inférieur après avoir légèrement dilaté le col dont chacune des lèvres antérieure et postérieure a été saisie avec une pince. On gonfle le ballon puis la malade est transportée dans son lit.

Les douleurs débutent un quart d'heure après la mise en place du ballon et se succèdent à intervalles assez rapprochés. La dyspnée augmente pendant cette période.

A 2 h. $\frac{1}{4}$, pouls à 100, dyspnée intense, cyanose.

A 2 h. $\frac{1}{2}$, le travail étant manifestement bien provoqué et le col dilaté à 5 fr. on rompt la poche des eaux; il s'écoule beaucoup de liquide amniotique.

Le fœtus se présentant par le siège, on saisit un pied et on le tire dans le col, les douleurs cessent alors pendant 3/4 d'heure, puis reprennent.

A 6 h. $\frac{1}{2}$, l'accouchement se termine.

Fœtus mort-né.

Durée totale : 9 heures.

Durant toute la journée on fait à la malade des injections de caféine. La dyspnée diminue, mais le pouls bat à 140; le soir T. = 37,5.

Le 14, dyspnée modérée, pas de cyanose T. 36. Pouls à 106 avec quelques irrégularités, quelques crachats sanguinolants.

Aux poumons. Râles d'œdème aux deux bases surtout à gauche. Œdème de la jambe gauche.

Le cœur présente un rythme mitral typique. Eclat du premier bruit qui s'entend à distance, léger frémissement, dédoublement du deuxième bruit.

La malade est envoyée dans un service de médecine. Elle meurt le 19 décembre.

OBSERVATION II

Bassin rétréci.

Accouchement provoqué à 8 mois $\frac{1}{2}$.

C..., née B..., 34 ans, II^{para}.

A. P. Nourrie au sein.

Premiers pas tardifs. Pas de maladies graves de l'enfance.

Réglée à 14 ans régulièrement.

I^{re} grossesse. Accouchement prématuré spontané à 8 mois. Présentation du siège. Enfant mort 2 heures après l'extraction qui a été difficile.

Grossesse actuelle. D. R. fin juin 1906.

Examen du bassin. — Promontoire peu élevé, peu saillant. On fait facilement le tour du détroit supérieur. Léger redressement de la cavité cotyloïde. Léger bourrelet rétro-symphysien. Arc antérieur à rayon moyen. P. S. P = 10, 3.

L'exiguité du bassin, les difficultés du premier accouchement indiquent l'accouchement provoqué prématurément.

Le 16 mars 1906 au matin, les précautions d'asepsie étant prises, la lèvres postérieure du col est saisie avec une pince de Museux ; on introduit dans le col l'index de la main gauche, Puis le ballon de volume moyen étant roulé en forme de cigare on l'introduit dans le col directement avec les doigts, se servant de l'index pour le tasser et le refouler dans le col.

La grande circonférence du ballon ayant franchi l'orifice interne du col, gonflement du ballon avec de l'eau bouillie, au moyen d'une douche jusqu'à tension moyenne.

Les douleurs commencent dans l'après-midi et continuent régulièrement rapprochées et progressivement fortes.

A 8 heures du soir le ballon est expulsé dans le vagin, les douleurs continuent, mais avec moins d'intensité pendant quelques heures.

Le 17 mars, à 3 heures du matin, la tête s'engage. A 3 heures du soir la dilatation étant complète on rompt la poche des eaux et se trouvant en présence d'une inertie utérine, on applique le forceps dans l'excavation.

Enfant vivant de 3,100.

Durée du travail : 29 heures.

Suites de couches. — Excellentes. A la sortie, au bout de 13 jours, l'enfant avait repris son poids de naissance.

OBSERVATION III

6 juin 1906.

Rétrécissement grave du bassin.

Accouchement provoqué. Basiotripsie.

L..., née A..., 24 ans, 1^{re} par.

A. P. Nourrie au sein pendant un an ; a marché à 14 mois, puis s'est arrêté de marcher à 2 ans. Elle n'a pu marcher que 6 ou 8 mois après et pendant cette période ont apparu des déviations des membres inférieurs.

A 12 ans, fièvre typhoïde.

Réglée à l'âge de 14 ans et régulièrement depuis.

Grossesse actuelle. — Dernières règles 15 octobre 1905.

Examen du squelette : Taille 1^m 31 $\frac{c}{m}$.

Squelette massif et épais. Pas de déformation du thorax ; fémurs très incurvés en dehors. Tibias en lame de sabre avec convexité exagérée de la crête tibiale.

Losange de Mikaelis symétrique.

Examen du bassin B E I = 28, $\frac{1}{2}$.

B C M = 29 $\frac{c}{m}$.

Bitrochanterien = 33 $\frac{c}{m}$.

Au toucher promontoire élevé saillant surplombant une véritable colonne sacrée en saillie dans l'excavation ; sacrum projeté tout entier en avant P. S. P. = 7,3.

Diamètre transverse grand, mais on fait facilement le tour des sinus et des parties latérales du bassin.

A gauche il y a, en outre, un léger enfoncement de la ligne sacro-cotyloïdienne.

L'arc antérieur sans un léger enfoncement à gauche serait presque entièrement transversal.

Indications. — L'espace utilisable du bassin peut être évalué aux dimensions d'une tête de 6 % de bipariétal, c'est-à-dire d'un enfant de 6 mois, non viable.

Devant le refus absolu de la gestante et de son mari d'accepter l'opération césarienne, proposée par M. Plauchu, on décide de la faire accoucher immédiatement (7 mois $\frac{1}{2}$) avec la certitude qu'on sera obligé de sacrifier l'enfant.

Le 6 juin, à 10 heures du matin, introduction dans le segment inférieur d'un ballon de Champetier de moyen modèle.

Une heure après apparaissent les contractions utérines régulières mais pas très énergiques.

A 8 heures du soir le ballon est expulsé dans le vagin, le col est à 7 frs.

Le 7, dans la nuit les douleurs continuent et le lendemain matin (7 juin), la dilatation est complète; on rompt la poche des eaux.

La présentation est élevée mais la malade a des douleurs expulsives.

A 11 heures, un toucher montre que le col est revenu sur lui-même, la tête reste toujours au-dessus du détroit supérieur; elle déborde le pubis en avant.

On se rend bien compte qu'une expulsion spontanée n'est pas à espérer; d'autre part, l'application du forceps serait impossible à cause de l'étroitesse du bassin.

On est fatalement conduit à faire l'embryotomie céphalique sur enfant vivant.

Durée de l'accouchement : 26 heures.

Suites de couches. — Normales, la malade ayant quitté le service au bout de 14 jours bien portante.

OBSERVATION IV

14 février 1907.

Rétrécissement du bassin.

Accouchement prématuré provoqué à 8 mois.

Siège décompleté mode des fesses.

Brièveté du cordon.

L..., née C..., 26 ans, II^{pare}.

A. P. Nourrie au biberon.

Elle a marché à l'âge de 4 ans.

Depuis l'âge de 4 ans jusqu'à 18 ans, elle ne s'est jamais bien portée.

Réglée à 16 ans toujours régulièrement.

Trois ostéoclasies, dans l'enfance à la Charité.

Grossesse antérieure. — Accouchement prématuré provoqué au 7^e mois par la bougie de Krause, à la Charité. Enfant de 1,750 gr mort une $\frac{1}{2}$ heure après sa naissance.

Grossesse actuelle. — Genu valgum très accusé surtout à droite, déformation des tibias B. E. I. = 22 $\frac{1}{2}$ B. C. M. = 23. Bitrochantérien = 29.

Promontoire peu élevé, on fait très facilement le tour du détroit supérieur. Arc antérieur à rayon moyen P. S. P. — 9 $\frac{1}{2}$.

Présentation du siège S. I. G. T.

Le 14 février, à 9 heures du matin, après désinfection de la gestante on introduit facilement avec les doigts le ballon moyen dans le col et dans le segment inférieur. Gonflement. Les douleurs commencent 1 heure après la mise en place du ballon. A 3 heures le ballon est expulsé dans le vagin le col étant dilaté à 5 fr.

A 6 heures, la dilatation est complète, la poche des eaux se rompt spontanément : extraction par le siège.

Durée totale : 9 heures. L'enfant est étonné mais il est vite ranimé, il pèse 2,200 grammes.

Suites de couches. — Apyrétiques. La malade quitte le service le 2 mars bien portante avec son enfant.

OBSERVATION V

13 juin 1907.

Hydramnios et rétrécissement du bassin,

Accouchement provoqué à terme.

Forceps au détroit supérieur.

R..., née D..., 29 ans, III^e pare.

A. P. Réglée à 14 ans irrégulièrement.

I^{re} grossesse. — Accouchement à terme. Forceps. à la vulve.

II^e grossesse. — Accouchement spontané.

Grossesse actuelle. — D. R. 25 août 1906.

Bassin. — P. S. P. = 10 $\frac{1}{m}$. Parties latérales du bassin vastes.

Arc antérieur à grand rayon.

Bassin aplati.

Hauteur utérine = 41 $\frac{1}{m}$.

La malade ayant dépassé le terme et ayant un gros enfant, on décide de provoquer le travail dans la crainte d'un excès de volume du fœtus.

Le 13 juin 1907, à 8 heures du matin, on place le ballon. Les douleurs débutent à 1 heure après-midi.

A 5 heures le ballon est expulsé dans le vagin et la dilatation étant à une petite paume de main, on rompt la poche des eaux.

A 9 heures du soir la dilatation n'est pas complète, mais le col est dilatable, la tête est amorcée, mais non engagée. Application de forceps avec lacs. Enfant vivant de 3,330.

Durée totale de l'accouchement : 13 heures.

Suites de couches. — Normales. Enfant ayant dépassé de beaucoup son poids de naissance à la sortie (3,560).

OBSERVATION VI

6 novembre 1907.

Mort habituelle du fœtus.

Accouchement prématuré provoqué à 8 mois.

Rétrécissement mitral.

T..., née F..., 28 ans, V^{pare}.

Rien de particulier comme antécédents héréditaires.

La malade a eu 4 fausses-couches.

Sa dernière grossesse s'est terminée par l'expulsion d'un macéré de 8 mois $\frac{1}{2}$, mort depuis 5 ou 6 jours.

Depuis cette dernière grossesse, maux de tête persistants, gastralgies violentes après les repas. Hématémèse le 4 juin 1907, amaigrissements, douleur épigastriques.

Grossesse actuelle. — D. R., 28 février 1907.

Le traitement spécifique a été institué du 15 mai au 7 juin.

A 8 mois l'enfant étant vivant et à la grossesse précédente le fœtus ayant succombé à 8 mois $\frac{1}{2}$, on décide de provoquer le travail dans la crainte d'un nouvel accident.

Le 6 novembre 1907, à 8 heures du matin, introduction d'un ballon de Champetier modèle moyen, directement avec les doigts. 2 heures $\frac{1}{2}$ après l'introduction du ballon, les douleurs commencent. A 4 heures $\frac{1}{2}$ de l'après-midi le ballon est expulsé dans le vagin : le travail continue. A 6 heures, dilatation complète, rupture de la poche des eaux, expulsion spontanée d'une enfant de 2,800.

Durée totale de l'accouchement : 10 heures.

Suites de couches. — Normales ; température au-dessous de 38°.

L'enfant envoyé à la nourricerie Rémond est soumis aux frictions et élevé au lait stérilisé.

Accidents graves de gastro-entérite. Evacué à la Charité, meurt un mois après sa naissance.

OBSERVATION VII

29 janvier 1909.

Bassin généralement rétréci.

Accouchement prématuré provoqué. Ballon. Forceps au détroit supérieur.

C..., née R..., 26 ans, III^{pare}.

Antécédents sans intérêt.

I^{re} grossesse en 1903. — Présentation du siège, enfant mort pendant l'extraction.

II^e grossesse en 1905. Forceps difficile au détroit supérieur, enfant vivant.

Grossesse actuelle. — D. R. 5 mai 1908.

Bassin généralement rétréci pouvant entraîner une dystocie sérieuse si l'enfant est volumineux.

L'enfant paraissant gros et le bassin généralement rétréci on décide l'accouchement prématuré provoqué.

Le 29 janvier 1909, à 8 heures du matin, introduction du ballon avec la pince porte-ballon le col étant très long et rigide.

A 10 heures, les douleurs commencent et vont en augmentant progressivement.

A 7 heures du soir, dilatation à 5 fr.

A 9 heures, la dilatation n'avance pas, la présentation reste élevée, les douleurs diminuent et les bruits du cœur se modifient.

Devant la souffrance du fœtus on décide d'intervenir.

Forceps avec lacs. Enfant étonné, vite ranimé, pesant 3,400.

Durée total du travail : 13 heures.

Suites de couches. — Normales. Enfant bien portant à la sortie.

OBSERVATION VIII

14 avril 1909.

Rétrécissement du bassin. Forceps fœticide à la grossesse précédente. Accouchement provoqué (ballon). Enfant vivant.

B..., née S..., 28 ans, II^{pare}.

A marché tard. Santé délicate, Premières règles à 15 ans, régulières.

1^{re} grossesse en 1907. Terminée après de laborieux efforts d'expulsion par une application de forceps très laborieux. Enfant mort au cours de l'extraction.

Grossesse actuelle. — D. R., 15 août 1908.

Femme de petite taille à squelette grêle sans déformations rachitiques apparentes.

Bassin : dimensions externes normales.

Au toucher, promontoire accessible à 10 $\frac{1}{m}$. Bassin arrondi, on fait très facilement le tour du détroit supérieur. Arc antérieur à rayon moyen ; léger redressement des régions cotyloïdiennes. Cavité sacrée redressée sans faux-promontoires saillants. Bassin aplati et généralement rétréci indiquant l'accouchement provoqué à 7 mois $\frac{3}{4}$.

Le 14 avril 1909, mise en place du ballon volume moyen directement avec les doigts, à 8 heures du matin. Gonflement avec la douche. Mise en place rendue très facile par la béance du col provenant d'une déchirure du col à l'accouchement antérieur.

Début des douleurs à 9 heures. A midi, ballon expulsé dans le vagin. Le travail se ralentit jusqu'à 5 heures, puis les douleurs deviennent progressivement fortes. A 6 heures, le col est à une paume de main. Sommet mobile au-dessus du détroit supérieur.

Rupture artificielle de la poche des eaux. La tête se fixe en transverse fléchie, les douleurs deviennent intenses ; expulsion spontanée à 9 heures du soir, après une expulsion d'un quart d'heure, enfant vivant de 2,320 gr.

, Durée totale de l'accouchement : 13 heures.

Suites de couches. — Apyrétiques, L'enfant reprend son poids de naissance au bout de 21 jours. Revu à 8 mois en bonne santé.

OBSERVATION IX

16 juillet 1909.

Bassin généralement rétréci.

Accouchement prématuré à 8 mois.

G..., née T..., 31 ans, II^{pare}.

Rien de particulier dans les antécédents. La malade ne sait pas à quel âge elle a marché.

Une première grossesse s'est terminée par une application de forceps laborieuse, et une déchirure complète du périnée.

Grossesse actuelle. — 25 octobre 1908.

Le bassin est généralement rétréci P. S. P. = 10 $\frac{3}{4}$, on fait facilement le tour du détroit supérieur.

L'enfant paraît déjà volumineux à 8 mois.

Le périnée est cicatriciel.

De ces 3 points découle l'indication de l'accouchement prématuré.

Intervention. — Le 16 juillet 1909, à 8 heures du matin, introduction d'un ballon volume moyen directement avec les doigts, sans difficultés particulières.

La malade est reportée dans son lit et ne ressent aucune douleur jusqu'à midi. Puis elles commencent, et à partir d'une heure, deviennent progressivement plus fortes.

A 6 heures du soir, sont sérieuses et fréquentes, le ballon est expulsé dans le vagin. La tête étant fortement amorcée, on rompt artificiellement la poche des eaux, l'accouchement se termine spontanément à 9 h. $\frac{1}{2}$ du soir, treize heures et demi après l'introduction du ballon.

L'enfant pèse 3,220 gr.

Suites de couches. — La température n'a jamais atteint 38°.

L'enfant nourri au sein par sa mère a dépassé son poids de naissance le quatorzième jour.

OBSERVATION X

3 septembre 1909.

Rétrécissement du bassin.

Accouchement provoqué à 7 mois $\frac{3}{4}$.

Version à dilatation complète.

Mort de l'enfant 4 heures après.

L..., née C..., 27 ans, II^{pare}.

Nourrie au biberon.

A marché à 22 mois.

Réglée à 13 ans:

I^{re} grossesse en 1907. Accouchement à terme avec application de forceps avec lacs. Enfant vivant de 2,800 gr. avec grosses déformations de la tête fœtale.

Grossesse actuelle. — D. R. 5 janvier 1909.

Bassin P. S. P. = 9 $\frac{c}{m}$.

Promontoire saillant en bec, peu élevé. Arc antérieur à court rayon.

Bassin aplati et généralement rétréci indiquant l'accouchement provoqué à 7 mois $\frac{3}{4}$.

Le 3 septembre 1909, à 8 heures du matin, introduction du ballon ;

l'étroitesse de l'orifice interne empêche l'introduction directe avec les doigts, on est obligé de se servir de la pince porte-ballon.

Début des douleurs. — 1 heure après midi. Ces dernières suivent une marche très régulière et progressive en intensité.

A 8 heures du soir le ballon est expulsé dans le vagin, les douleurs continuent, se répètent toutes les 2 minutes deviennent très vives.

A 10 h. du soir la dilatation est complète. La présentation reste élevée au-dessus du détroit supérieur.

A minuit, la tête fœtale est toujours élevée. La poche des eaux bombe fortement dans l'excavation.

Etant donnée l'étroitesse du bassin, l'élévation de la présentation et la souplesse des parties molles, M. Plauchu décide de faire d'emblée une version. Celle-ci est un peu laborieuse à cause du relèvement complet de deux bras. Le dégagement de la tête est relativement facile. L'enfant reste un certain temps en état de mort apparente, il meurt 4 heures après l'intervention.

Durée totale de l'accouchement : 17 heures.

Poids de l'enfant : 2,030 gr.

Suites de couches. — La température n'a jamais dépassé 37° 6.

OBSERVATION XI

15 décembre 1909.

Rétrécissement du bassin.

Accouchement prématuré provoqué : Ballon de volume moyen.

C..., née R..., 33 ans, II^{pare}.

Rien dans les antécédents.

I^{re} grossesse en 1903. Accouchement à la Charité. Enfant mort pendant l'intervention dont la nature ne peut pas être précisée, la malade ayant été endormie.

Grossesse actuelle. — D. R. 4 avril 1909. ♂ IZA.

Bassin : Promontoire saillant surplombant une cavité sacrée très excavée. On fait le tour du détroit supérieur. Arc antérieur à grand rayon.

P. S. P. = 10 %. Bassin aplati et généralement rétréci.

Le 15 décembre 1909, à 9 heures 1/4 du matin, introduction du ballon directement avec les doigts dans le segment inférieur. Les douleurs débutent immédiatement après.

A 3 h. 1/2, le ballon est expulsé dans le vagin.

A 6 h. 1/2, douleurs expulsives après dilatation complète.

A 9 h. 1/2 du soir, accouchement spontané.

Durée totale de l'accouchement : 12 heures 1/2.

Poids de l'enfant : 2,830 gr., nourri par sa mère a dépassé son poids de naissance au 12^e jour.

La température de la mère n'a pas dépassé 37°7.

OBSERVATION XII

4 octobre 1910.

Placenta praevia. Accouchement provoqué au ballon. Braxton-Hicks. Procidence du cordon. Hémorragie secondaire 5 heures après. Infection. Phlébite gauche.

B..., née L..., 28 ans, III^{ème} pare.

A P. Rougeole, coqueluche, scarlatine dans l'enfance.

Grossesses antérieures. — I^{re} grossesse, normale, accouchement spontané d'une fille pesant 4 kilos.

II^e grossesse et accouchement normaux : enfant de 3 kilos.

Fausse-couche de 3 mois en 1908.

Grossesse actuelle. — D. R. 7 janvier 1910. Légère hémorragie vers le 30 août avec expulsion d'un gros caillot; la malade entre dans le service. A l'examen, la tête est dans la fosse iliaque droite, le siège dans la fosse iliaque gauche, le dos en arrière; présentation de l'épaule droite. Au toucher on sent la masse placentaire à travers le segment. Le 2 septembre, évolution du fœtus, présentation du sommet, tête mobile. Le 4 octobre, à 4 heures du matin, la malade a été amenée dans le service pour une hémorragie importante. M. le docteur Plauchu prévenu, décide d'interrompre la grossesse.

Le 4 octobre 1910, à 9 heures du matin, après désinfection ordinaire, on saisit avec une pince la lèvres postérieure du col et se servant de guide de deux doigts, index et médium de la main gauche, on introduit avec la main droite le ballon moyen de Champetier de Ribes roulé en forme de cigare dans le segment inférieur jusqu'à ce que la grande ciconférence du ballon ait franchi l'orifice interne du col, puis gonflement du ballon avec la douche.

Le 5 octobre au matin on trouve le ballon dans le vagin et le col dilaté à une petite paume de main. Un Braxton-Hicks est immédiatement pratiqué par M. Plauchu et comme, au bout de quelques minutes, les bruits du cœur du fœtus se modifiaient et le col étant très souple et dilatable, M. Plauchu termine l'extraction.

Enfant vivant de 2,740 gr. Durée totale : 24 heures.

Suites de couches. — Pyrétiques; de 38° à 39° 5 pendant plusieurs jours. Terminaison par phlébite gauche légère.

La malade sort le 25 décembre complètement guérie. Enfant bien portant à la sortie.

OBSERVATION XIII

21 août 1911.

Bassin aplati et généralement rétréci.

Accouchement prématuré provoqué au ballon.

N..., née P..., 27 ans, I^{pare}.

A P. Ne sait pas à quel âge elle a fait ses premiers pas. Réglée à 12 ans régulièrement.

Grossesse actuelle. — D. R. 20 novembre.

Examen du squelette. — Femme de petite taille (1 m. 44) présentant des signes discrets de rachitisme. Front olympien, sternum excavé.

Bassin. — Promontoire accessible, de saillie moyenne surplombant une excavation sacrée de courbure légèrement exagérée sans faux promontoire.

On fait facilement le tour du détroit supérieur. P. S. P. = 9 3/4.

Les sinus sacroïliaques sont assez profonds, l'arc antérieur à rayon moyen.

Bassin aplati et généralement rétréci avec prédominance de l'aplatissement. Dystocie certaine pour un enfant à terme de volume normal.

Le 21 août 1911, à 10 h. du matin, sous anesthésie et après les soins d'asepsie ordinaire, le col est saisi avec une pince à griffes et tiré légèrement en bas. Saisissant alors de la main droite le ballon de Champetier modèle moyen, roulé en forme de cigare, et se servant de guide de l'index gauche introduit dans le col, on le fait glisser dans le col jusqu'à ce que la grande circonférence du ballon ait franchi l'orifice interne du col. Puis adaptant l'embout d'une douche au tube du ballon resté hors de la vulve et maintenant de l'index gauche le ballon en place, on laisse passer une quantité d'eau bouillie suffisante pour dilater le ballon jusqu'à tension maxima.

Les premières douleurs apparaissent 1 heure après l'introduction du ballon.

A 6 heures du soir on retire le ballon, la poche des eaux se rompt spontanément et la tête s'engage. Le col est dilaté à plus de 5 fr.

A 8 heures du soir, le col étant dilaté, et les bruits du cœur du fœtus s'étant modifiés, on fait une application de forceps dans l'excavation. Extraction dure.

Enfant étonné vite ranimé pesant 2,950 gr.

Durée totale de l'accouchement : 10 heures.

Suites de couches. — Normales et apyrétiques. Sortie le 14^e jour avec enfant **ayant** dépassé de beaucoup son poids de naissance.

OBSERVATION XIV

22 avril 1908.

Bassin asymétrique. Scoliose rachitique.

Accouchement prématuré provoqué. Ballon.

P..., née F..., 22 ans, 1^{ère} par.

Rien de particulier dans les antécédents.

Marche à l'âge de 2 ans.

Femme de petite taille.

Grossesse actuelle. — D. R. 23 juillet 1907.

BASSIN. — *Face postérieure* : Losange de Mikaelis asymétrique côte supérieure gauche = 5 %_m. — Côte supérieure droite = 7 %_m. Diamètre allant de l'épine iliaque antéro-supérieure à l'épine iliaque postérieure et supérieure = 15,5. La crête iliaque droite est surélevée par rapport à la crête iliaque gauche.

Face postérieure : Symphyse pubienne déviée à droite. Ligne pubo-iliaque droite = 12 %_m. Ligne pubo-iliaque gauche = 15 %_m.

Promontoire bas. Bassin aplati et généralement rétréci asymétrique.

Bûschiatique légèrement réduit. Bassin asymétrique à surprise indiquant l'accouchement provoqué.

Intervention. — Le 22 avril 1908, à 9 heures du matin, introduction d'un ballon de volume moyen dans le segment inférieur, directement avec les doigts.

Une heure après les douleurs apparaissent.

A 2 heures, douleurs vives, le ballon est expulsé dans le vagin, le col est à une paume de main.

A 2 h. ½, douleurs expulsives. Rupture spontanée des membranes.

A 3 heures, expulsion rapide d'un enfant de 3,100 gr.

Durée totale de l'accouchement : 6 heures.

Suites de couches. — Apyrétiques. Sortie le 6 mai avec enfant bien portant à la sortie.

OBSERVATION XV

25 août 1911.

Bassin scoliorachitique, asymétrique.
Accouchement prématuré provoqué. Ballon.

P..., née F..., 24 ans, II^{pare}.

Première grossesse en 1908.

Accouchement prématuré provoqué avec succès au ballon.

Grossesse actuelle de 8 mois $\frac{1}{2}$. Même indication qu'à la grossesse précédente.

Le 25 août 1911, introduction du ballon directement avec les doigts.

Douleurs immédiatement après.

Ballon expulsé dans le vagin vers 3 heures du soir. Rupture spontanée de la poche des eaux. Expulsion spontanée à 4 heures d'un enfant de 3,330.

Durée totale de l'accouchement : 7 heures.

Suites de couches. — Normales, apyrétiques. Sortie le 6 septembre en bonne santé. Enfant bien portant.

OBSERVATION XVI

14 octobre 1911.

Rétrécissement du bassin. Accouchement provoqué. Ballon.
Version : Enfant trop gros. N'a pu être ranimé.

B..., née S..., 30 ans, II^{pare}.

I^{re} grossesse. Forceps laborieux. Enfant mort.

II^e grossesse en 1909. Accouchement provoqué, Ballon. Enfant vivant.

Grossesse actuelle. — D. R. 2 février 1911.

L'enfant à l'accouchement provoqué précédent ne pesait à 7 mois $\frac{3}{4}$, que 2,350 et avait passé très facilement. M. Plauchu décide d'attendre cette fois, 8 mois passés.

Introduction du ballon à 9 heures du matin suivant la technique décrite. Début des douleurs à midi très rapidement, régulières et énergiques. A 3 heures le ballon est expulsé dans le vagin. Le travail continue rapidement. A 6 heures le col est dilaté, les tissus très souples, la poche des eaux remplit l'excavation, mais la tête reste élevée, très mobile. L'enfant paraissant un peu gros, les con-

ditions étant les plus favorables pour la version, M. Plauchu l'exécute. Celle-ci est très facile jusqu'à l'extraction de la tête, mais la tête résiste à l'extraction par la manœuvre de Mauriceau. La manœuvre de Champetier de Ribes combinée avec celle de Mauriceau parvient, après de laborieux efforts à faire franchir le détroit supérieur. L'enfant est extrait en état d'asphyxie blanche. Son cœur bat faiblement. Malgré tous les soins il succombe au bout de 20 minutes. Durée totale de l'accouchement : 10 heures. L'enfant pèse 2,980. Il était trop gros pour l'exiguité du bassin. L'accouchement a été provoqué un peu trop tard.

Suites de couches. — Apyrétiques. Sortie au bout de 17 jours.

OBSERVATION XVII

24 novembre 1911.

Mort habituelle du fœtus.

Placenta albuminurique.

Accouchement prématuré provoqué à 8 mois $\frac{1}{2}$.

L..., née B..., 27 ans, III^{pare}.

La mort de 2 enfants in-utéro à 8 mois $\frac{1}{4}$ constitue l'indication de l'accouchement provoqué.

Grossesse actuelle. — D. R. 1^{er} mars 1911.

Le 24 novembre 1911, à 9 heures du matin. Introduction du ballon directement avec les doigts. A 11 heures, les douleurs débuts.

A 5 heures du soir, expulsion du ballon, puis arrêt complet du travail pendant toute la journée du 25 novembre. La nuit du 25 au 26, elles reprennent. Le 26, à 8 heures $\frac{1}{2}$ du matin, forceps.

Durée totale de l'accouchement : 48 heures.

Enfant vivant de 3,000 gr.

Suites de couches. — Normales. L'enfant, à la sortie, a dépassé son poids de naissance.

OBSERVATION XVIII

2 février 1912.

Rétrécissement du bassin.

Accouchement provoqué au ballon. Présentation du siège. Vagisme intense.

F..., née M..., 47 ans, II^{pare}.

A. P. Premiers pas à 18 mois.

Jusqu'à 14 ans, santé débile.

De 18 ans à 23 ans, anémie, nervosisme.

Réglée à 14 ans $\frac{1}{2}$ régulièrement.

Premier accouchement à 40 ans au forceps qui a été très laborieux au dire de la malade.

Grossesse actuelle. — D. R. Mai 1911.

Au palper O. I. G. A. tête mobile débordant le pubis.

Toucher. — Impossible à cause d'un vaginisme tout particulier que présente la malade, rendant le toucher intolérable.

Ce dernier est pratiqué sous anesthésie générale.

Bassin. — P. S. P. — 11 $\frac{1}{2}$.

Sinus sacroiliaques effacés.

Arc antérieur à petit rayon.

Bassin généralement rétréci.

Indications. — A cause des difficultés éprouvées pendant le dernier accouchement, et du rétrécissement du bassin, l'enfant paraissant gros et viable, on décide l'accouchement avant terme.

Le 2 février 1912, à 11 heures du matin, après les précautions d'asepsie ordinaire et sans anesthésie, on introduit dans le segment inférieur avec les doigts le moyen ballon de Champetier.

A 3 heures de l'après-midi apparaissent les premières douleurs qui continuent pendant toute la soirée.

A 7 heures expulsion spontanée du ballon.

A 8 heures le col est dilaté à une paume de main, il ne paraît pas dilatable. Lorsqu'on essaye d'écarter les lèvres avec les doigts, on ne peut dépasser une certaine limite et l'on est vite arrêté par une véritable bride.

A 10 heures, la malade n'a pas eu de douleurs depuis 8 heures. Le fœtus est très mobile. Le toucher pratiqué *sous anesthésie* montre que le col est à peine plus dilaté qu'à l'examen précédent.

A travers la poche des eaux on sent nettement une présentation du siège en S. I. G. A.

Le pied antérieur est très facilement reconnu à travers la poche grâce aux saillies caractéristiques et aux orteils.

On décide alors de faire l'abaissement de ce pied pour accélérer le travail et amener la dilatation complète du col. Rupture de la poche des eaux : le pied tombe de lui-même, on l'amène au dehors.

Le 3 février, à 2 heures du matin, l'abaissement du pied avait réveillé les contractions, le col étant complètement dilaté on fait l'extraction par le siège.

Durée totale de l'accouchement : 15 heures.

Enfant vivant de 3,050.

Suites de couches. — Normales, apyrétiques. L'enfant, à la sortie, a dépassé son poids de naissance.

OBSERVATION XIX

1^{er} mars 1912.

Anémie pernicieuse.

Accouchement provoqué à 7 mois $\frac{1}{2}$. Enfant mort.

Mort de la malade 4 jours après.

P..., née E..., 29 ans, IV^{pare}.

A. H. Père mort alcoolique.

A. P. Nourrie au biberon.

Premiers pas à 14 mois.

Réglée à 11 ans $\frac{1}{2}$, irrégulièrement au début.

Pas de maladie grave jusqu'à la puberté.

Anémie intense à 16 ans pour laquelle elle a été soignée à l'hôpital, qu'elle quitte au bout d'un certain temps non guérie. Depuis jusqu'à l'âge de 25 ans, date de son mariage, état de santé stationnaire.

I^{re} grossesse, bien supportée; accouchement spontané. Enfant nourri au sein 4 mois.

II^e grossesse à 27 ans, normale, accouchement normal; enfant vivant mis en nourrice.

- III^e grossesse normale.

Ces grossesses n'ont eu aucune influence sur l'état général de la malade.

Grossesse actuelle. — D. R. 6 juillet 1911.

Depuis le début de sa grossesse, la malade a de fréquentes suffocations.

Accès de dyspnée au moindre effort.

Perte de l'appétit et des forces, depuis un mois la malade ne travaille plus.

A l'entrée on est frappé par la pâleur cireuse de la malade.

A l'examen. — Œdème assez considérable des jambes, œdème sus-pubien, œdème de l'abdomen remontant jusqu'à la base du thorax. Les membres supérieurs sont aussi œdématisés.

Appareil digestif. — Perte complète de l'appétit, vomissements.

Appareil circulatoire. — Au cœur: Frémissement léger à la pointe. Roulement presystolique. Dédoublement du second bruit. Souffles anémiques à la base s'entendant dans tous les vaisseaux du cou.

Appareil respiratoire. — Dyspnée très intense.

L'examen du sang: Globules rouges = 1.023.000. Globules blancs = 10.000. Valeur globulaire = 0,73.

Indications. — Enfant vivant. Mère dans un état très grave. Il est nécessaire d'interrompre la grossesse immédiatement au moins dans l'espoir de sauver l'enfant.

Le 1^{er} mars 1912 : A 10 heures du matin, sous anesthésie, mise en place du ballon moyen volume directement avec les doigts, par M. Plauchu. Les contractions commencent violentes à midi.

A 2 h. $\frac{1}{2}$, expulsion du ballon, rupture artificielle des membranes.

A 5 heures, accouchement spontané d'un enfant mort-né pesant 1,480 gr.

L'enfant a succombé à la fin du travail.

A ce moment l'état de la malade est grave, le travail paraissant l'avoir épuisée. Dyspnée intense; 50 à 60 inspirations par minute. Pouls incomptable avec des intermittences. Huile camphrée, caféine, oxygène.

Durée totale de l'accouchement : 7 heures.

Le 5 mars, la malade a passé une nuit agitée; elle a eu plusieurs crises de suffocation.

Pouls à 120. Respiration à 40.

Le soir, dyspnée intense à 60. Pouls incomptable T. 40°5.

Mort le 6 mars.

OBSERVATION XX

20 septembre 1912.

Rétrécissement du bassin.

Accouchement provoqué au ballon à 8 mois $\frac{1}{2}$.

Expulsion inefficace. Version.

B..., née J..., 29 ans, II^{pare}.

Nourrie au sein.

Premiers pas à 1 an.

Réglée à 13 ans régulièrement.

I^{re} grossesse mal supportée, travail très lent terminé par un forceps. Enfant mort 1 mois après.

Grossesse actuelle. — D. R. 25 décembre 1911.

Bassin. — Promonto sous pubien = 11 %.

On fait facilement le tour du détroit supérieur.

Léger redressement des régions cotyloïdiennes.

Bassin dans son ensemble un peu généralement rétréci.

Redoutable pour un enfant gros.

Indications. — Devant le rétrécissement du bassin et le volume de l'enfant, l'accouchement avant terme est indiqué.

Le 20 septembre, à 9 heures du matin, introduction d'un ballon moyen très facilement, directement avec les doigts.

A 10 heures début des douleurs qui deviennent régulièrement progressives et plus fortes à midi.

De 2 à 7 heures, douleurs régulières.

A 8 heures du soir, expulsion du ballon.

Les douleurs s'atténuent et s'espacent.

A 9 heures arrêt presque complet du travail.

A 11 heures, rupture artificielle de la poche des eaux.

Les douleurs reprennent vives.

A 11 h. $\frac{1}{2}$, l'expulsion commence, mais peu intense.

Le 21, à 1 heure du matin, aucune tendance à l'engagement. Etant donné la mobilité et l'élévation de la tête, M. Plauchu fait une version bien que le temps d'élection soit passé. L'évolution est facile ainsi que l'extraction. Enfant vivant pesant 3,800 gr.

Durée totale de l'accouchement : 16 heures.

Suites de couches. — Normales. Sortie le 15^e jour avec enfant bien portant.

OBSERVATION XXI

6 janvier 1913.

Rétrécissement du bassin.

Accouchement provoqué, ballon moyen.

Forceps dans l'excavation.

G..., née S..., 32 ans, II^{pare}.

A. H. Sœur morte de coxalgie après un long séjour à la Charité.

A P. Pleurésie à 7 ans.

Réglée à 15 ans irrégulièrement.

Grossesses antérieures. — I^{re} grossesse il y a 12 ans, accouchement très long malgré le petit volume de l'enfant.

II^e grossesse. Siège, extraction difficile, manœuvre de Champetier de Ribes très énergique.

Grossesse actuelle. — D. R. 12 avril.

Examen du bassin. — Promontoire saillant facilement accessible
P. S. P. = 10 %.

D. Utile 8 $\frac{1}{2}$.

Arc antérieur à petit rayon, sinus sacroiliaques peu profonds.

Région cotyloïdienne redressée à gauche. La moitié droite du bassin est plus vaste.

Le 3 janvier 1913, étant donné l'état du bassin, on décide d'interrompre la grossesse.

A 11 h. $\frac{1}{2}$ du matin, introduction du ballon volume moyen.

A 5 heures, quelques douleurs peu intenses.

24 heures après son introduction, le ballon est expulsé dans le vagin, dès lors les douleurs s'espacent.

Le 6 janvier au matin, douleurs vives, un toucher à ce moment montre le col dilaté à une paume de main, mais la tête ne tend à s'engager. On rompt la poche des eaux, les douleurs continuent un moment puis s'atténuent.

A 4 heures du soir le dilatation est complète, la tête tend à se fixer.

A 5 heures la tête est dans l'excavation : on fait une application de forceps.

Enfant vivant pesant 3,130 gr.

Durée totale de l'accouchement : 3 jours et 8 heures.

Suites de couches. — Apyrétiques. Sortie le 12^e jour avec enfant bien portant.

OBSERVATION XXII

14 mai 1913.

Bassin aplati et généralement rétréci.

Accouchement provoqué au 8^e mois.

Présentation de l'épaule. Version.

Enfant vivant, mort 20 heures après l'accouchement.

R..., née A..., 35 ans, IV^{para}.

A. P. Nourrie au sein par une nourrice ; a marché à l'âge de 18 mois.

Réglée à 15 ans régulièrement.

3 grossesses antérieures, toutes avec des présentations de l'épaule, à la campagne : enfants morts.

Grossesse actuelle. — D. R. 5 septembre. — A. I. D. dos en avant.

A l'examen : Femme de taille normale. Disproportion entre les dimensions du tronc et celles des membres inférieurs qui paraissent très courts.

Bassin. — Losange de Mikaelis déformé. Promontoire très élevé, peu saillant, Arc antérieur aplati. Bassin légèrement asymétrique.

Devant le refus de la gestante de subir l'opération césarienne, et le rétrécissement de son bassin, il ne reste à choisir que l'accouchement provoqué.

Le 14 mai 1913, à 11 heures du matin, introduction du ballon dans le segment inférieur directement aux doigts.

A midi, les douleurs commencent et deviennent progressivement fortes et rapprochées.

A 5 heures du soir, expulsion du ballon.

Les douleurs se ralentissent, mais un toucher pratiqué à 6 heures, montre un col complètement dilaté, et une main à travers la poche des eaux. Rupture des membranes. *Version* immédiate. La manœuvre de Mauriceau a été difficile et on a été obligé de recourir à la manœuvre de Champetier de Ribes.

Durée totale de l'accouchement : 9 heures.

L'enfant est extrait en état de mort apparente ; il a été ranimé. Il pèse 2,850 gr., mis en couveuse, il s'est cyanosé au bout de quelques heures.

Le lendemain la cyanose persiste et l'enfant meurt vers 3 heures de l'après-midi, 20 heures après sa naissance.

A l'autopsie : congestion des vaisseaux méningés.

Suites de couches. — Parfaites, la température n'a pas dépassé 37° 7.

OBSERVATION XXIII

26 août 1913.

*Albuminurie. Eclampsie. Traitement médical sans résultat.
Accouchement provoqué.*

S..., née R..., 28 ans, III^{pare}.

I^{re} grossesse en 1910 : fausse-couche de 2 mois $\frac{1}{2}$ avec suites, la malade ayant été obligée de garder le lit pendant 1 mois $\frac{1}{2}$.

II^e grossesse en 1911 : fausse-couche de 6 mois.

Grossesse actuelle. — D. R., 23 décembre 1912.

Vomissement jusqu'au 4^e mois. Au mois de juillet, pour la première fois, on signale la présence d'albumine dans les urines. Malgré le régime que la malade a strictement suivi l'examen des urines, fait quelques semaines plus tard, montre que la quantité d'albumine a augmenté, et des phénomènes prééclampsiques sont constatés, cephalée, vomissements, douleur épigastrique.

Le 25 août, à 4 heures du matin, une première crise.

A 6 heures, nouvelle crise.

A 8 heures, nouvelle crise.

A 10 heures, une quatrième à laquelle M. Plauchu, appelé, assiste.

La malade est transportée dans le service où on applique de suite le traitement d'éclampsie, lavage de l'estomac, purgation,

saignée, etc., mais les crises se répètent, on décide d'interrompre la grossesse immédiatement.

Le 26 août 1913, à 1 h. $\frac{1}{2}$ de l'après-midi, introduction du ballon directement aux doigts.

A 3 h. 20, la malade qui se trouvait dans un demi-coma éprouve des douleurs assez violentes, et prend une crise d'éclampsie qui se renouvelle vers 3 h. 40.

Les douleurs continuent régulières. Vers 7 heures $\frac{1}{2}$, accouchement spontané.

Enfant mort-né pesant 1,750.

Les crises ne se sont plus répétées.

Durée totale de l'accouchement : 5 heures.

Suites de couches. — Excellentes et apyrétiques. Sortie le 7 septembre en très bon état avec léger disque d'albumine.

OBSERVATION XXIV

26 septembre 1913.

Rétrécissement du bassin.

Accouchement prématuré provoqué au ballon.

C..., née P..., 30 ans, I^{pare}. pas de fausse-couche.

A. H. Mère morte cardiaque.

A. P. Nourrie au sein.

Premiers pas à 18 mois.

Aucune maladie de l'enfance.

Réglée à 14 ans régulièrement.

Grossesse actuelle. — D. R. 4 janvier.

Quelques signes de rachitisme, front olympien, voûte palatine ogivale, squelette grêle.

Bassin. — P. S. P. = 10,1/4.

On fait le tour du détroit supérieur.

Accouchement à provoquer vers le 15 septembre.

Le 26 septembre 1913. La tête qui, le 20 septembre, était presque fixée est aujourd'hui mobile, il semble donc qu'il y a disproportion entre la tête et le bassin.

Le 26 au matin, l'accouchement provoqué est décidé, sous anesthésie et après les précautions habituelles d'asepsie, on abaisse un peu le col en le saisissant avec une pince à griffes. Puis le ballon roulé en cigare est introduit directement avec la main droite dans le col en glissant sur l'index gauche servant de guide.

La grande circonférence du ballon ayant franchi l'orifice interne du col, on le remplit d'eau bouillie jusqu'à une certaine tension, et

après une injection vaginale, la malade est reportée dans son lit. Les douleurs commencent à 1 heure du soir régulières et assez fortes.

Vers 5 heures le ballon est expulsé dans le vagin, la dilatation est à 5 fr., la poche des eaux faisant hernie dans le col a été rompue.

Les douleurs continuent bien régulières devenant expulsives vers 8 heures $\frac{1}{2}$.

On laisse la malade pousser.

Vers 11 heures l'accouchement s'est terminé spontanément par l'expulsion d'un enfant vivant de 3,120 gr. dont la tête est bien modelée avec une bosse sero-sanguinée très volumineuse.

Durée totale de l'accouchement : 14 heures.

Suites de couches. — La température de la malade remonte le jour même de son accouchement à 37°8 et les 2 jours suivants se maintient au-dessus de 38° pour atteindre le soir du quatrième jour, 40°.

Après une injection intra utérine iodo-iodurée, elle tombe le matin du cinquième jour, à 38° et s'est maintenue encore pendant un jour un peu au-dessus du 38° pour tomber, le septième jour, au-dessous du 38°.

En somme, infection bénigne.

Sortie le vingtième jours avec enfant bien portant.

OBSERVATION XXV

24 novembre 1913.

Bassin aplati et généralement rétréci.

B..., née L..., 32 ans, II^{ème} par.

I^{ère} grossesse. Accouchement prématuré à 8 mois.

II^{ème} grossesse. Accouchement prématuré à 7 mois $\frac{3}{4}$.

Grossesse actuelle. — D. R. 10 mars 1913. O. I. D. T.

Le 24 novembre 1913, à 10 heures du matin, mise en place du ballon directement avec les doigts.

Les douleurs débutent immédiatement.

Expulsion spontanée du ballon à 3 h. $\frac{1}{2}$ du soir.

Dilatation complète et rupture de la poche des eaux à 4 heures.

Douleurs expulsives jusqu'à 10 heures du soir sans aucun progrès de la tête.

A 10 heures du soir, forceps avec lacs avec succès.

Enfant vivant de 2,620 gr.

Durée totale de l'accouchement : 12 heures.

Suites de couches. — Normales. Enfant bien portant à la sortie.

OBSERVATION XXVI

4 janvier 1915.

Bassin rétréci.

Accouchement provoqué à 8 mois.

C..., née C..., 32 ans, VII^{pare}.

A. P. 6 accouchements antérieurs dont le premier spontané, mais avec tête très modelée, le 2^e, à 8 mois, avec modelage, le 3^e et le 4^e provoqués à 8 mois, le 5^e spontané à 8 mois en présentation de l'épaule ayant nécessité une version, le 6^e prématuré provoqué à 8 mois.

Grossesse actuelle. — D. R. 1^{er} mai 1914. S. I. G. A.

Le 4 janvier 1915, à 11 heures du matin, mise en place du ballon directement aux doigts. A midi les douleurs débutent.

Expulsion spontanée, 1 heure après la sortie du ballon dans l'après-midi, d'un enfant de 2,720 gr.

Durée totale de l'accouchement : 5 ou 6 heures.

Suites de couches. — Parfaites. Enfant bien portant à la sortie.

OBSERVATION XXVII

18 décembre 1912.

Bassin rétréci.

Accouchement provoqué à 8 mois.

C..., née C..., 30 ans, VI^{pare}.

A. P. Les deux premiers accouchements ont été spontanés, le premier à terme, le 2^e à 8 mois, mais avec modelage accentué de la tête.

III^e grossesse Accouchement provoqué à 8 mois.

IV^e accouchement provoqué à 8 mois 4 jours.

V^e Présentation de l'épaule.

Accouchement prématuré spontané à 8 mois. Version.

Grossesse actuelle. — D. R., 10 avril 1912. Présentation du siège.

Le 18 décembre 1912, à 10 heures du matin, après un essai infructueux d'introduction de la bougie, on introduit facilement dans le segment inférieur et directement avec les doigts, le ballon de Champetier moyen modèle.

A 11 heures les douleurs commencent.

A 5 heures du soir, le ballon est expulsé, le col est souple, dilatable, la poche des eaux bombe.

Le 19 décembre, à 8 heures du matin, pas d'engagement malgré la dilatation complète. A travers la poche des eaux on sent un pied.

On rompt la poche des eaux et on saisit le pied procident. Extraction par le siège, enfant vivant de 3,100.

Durée totale de l'accouchement : 24 heures.

Suites de couches. — Excellentes. Sortie au 14^e jour bien portante avec enfant ayant dépassé son poids de naissance.

OBSERVATION XXVIII

22 août 1907.

Bassin rétréci.

Accouchement provoqué.

C..., née C..., 25 ans, IV^{pare}.

A. P. 2 accouchements normaux dont 1 à 8 mois avec modelage de la tête.

III^e Grossesse. Accouchement provoqué avec succès.

Grossesse actuelle. — D. R. 8 décembre 1906.

Le 22 août 1907, à 9 heures du matin, introduction du ballon aux doigts. Premières douleurs à 9 h. 10.

A midi le ballon est dans le vagin, on rompt la poche des eaux.

Accouchement spontané à 1 heure d'un enfant pesant 3.000 gr.

Durée totale de l'accouchement : 4 heures.

Suites de couches. — Apyrétiques. Sortie le 13^e jour avec enfant bien portant.

OBSERVATION XXIX

2 mai 1906.

Rétrécissement du bassin.

Accouchement prématuré provoqué à 8 mois.

C..., née C..., 24 ans, III^{pare}.

I^{re} Grossesse. Accouchement spontané d'un enfant de 3,130 gr. avec modelage de la tête.

II^e Grossesse. Accouchement spontané à 8 mois d'un enfant de 2,620 avec modelage aussi de la tête.

Grossesse actuelle. — D. R. 20 août 1905.

Bassin — P. S. P. = 10,2.

Promontoire haut, très saillant, sinus sacro-iliaques profonds, sacrum excavé, cavités cotyloïdes très redressées.

Etant donné l'état du bassin et les 2 accouchements antérieurs

avec modelage de la tête, on décide l'accouchement prématuré provoqué.

Le 2 mai 1906, à 8 heures du matin, introduction du ballon directement aux doigts.

A 10 heures les douleurs commencent. Dans l'après-midi le ballon est expulsé. On rompt la poche des eaux, la dilatation étant complète.

L'accouchement se termine spontanément à 8 heures du soir par l'expulsion d'un enfant de 2,550 gr.

Durée totale de l'accouchement : 12 heures.

Suites de couches. — Parfaites. A la sortie l'enfant a dépassé son poids de naissance.

OBSERVATION XXX

8 février 1915.

Rétrécissement du bassin.

Accouchement prématuré provoqué au ballon moyen.

B..., née A..., 29 ans, IV^{para}.

A. P. Nourrie au sein et au biberon.

Réglée à 12 ans.

I^{re} Grossesse en 1909. Enfant de 3,150 gr., accouchement normal.

II^e Grossesse. Accouchement normal d'un enfant de 2,980 gr.

III^e Grossesse. Forceps avec lacs, enfant de 3,300 gr.

Grossesse actuelle. — D. R. 15 mai 1914.

Le 8 janvier 1915. H. U. = 33 $\frac{1}{100}$. O. I. D. P.

Examen du bassin. — On fait facilement le tour du détroit supérieur. P. S. P. = 10,5.

Enfant déjà gros indique l'accouchement prématuré provoqué qui est décidé pour le 8 février.

Le 8 février 1915, au matin, après les précautions d'asepsie ordinaire et sous anesthésie, on saisit la lèvre postérieure du col avec une pince de Museux, puis le col permettant l'introduction d'un doigt, on fait glisser dans le segment inférieur le ballon de Champetier de Ribes moyen volume, roulé en cigare, saisi de la main droite et en se servant de l'index gauche comme guide.

La grande circonférence du ballon ayant dépassé l'orifice interne du col, en laissant sur place l'index gauche, on adapte l'embout d'une douche au tube du ballon et on laisse passer la quantité d'eau nécessaire pour remplir le ballon jusqu'à une tension moyenne.

Une injection vaginale constitue la fin de cette opération très simple.

La malade est transporté dans son lit. Vers 3 heures de l'après-midi, les douleurs débutent légèrement devenant progressivement fortes et rapprochées pour diminuer d'intensité vers minuit et cesser complètement vers 5 heures du matin.

Le 9 février, à 7 heures du matin, le toucher montre le col dilaté à une paume de main, mais le ballon est retenu par un mince liséré du col. On enlève le ballon.

La présentation est intermédiaire entre un siège et une épaule.

A 10 heures du matin, M. Plauchu, avant de rompre la poches de eaux, fait une version externe en ramenant la tête au-dessus du détroit supérieur. Puis en fixant la présentation il rompt la poche des eaux.

Les douleurs reprennent avec plus d'intensité et vers 6 h. $\frac{1}{2}$ du soir, la gestante accouche spontanément d'un enfant de 3,100 gr.

Durée totale de l'accouchement : 34 heures.

Suites de couches. — Parfaites. Sortie au bout de 12 jours bien portante avec son enfant ayant repris son poids de naissance.

OBSERVATION XXXI

17 février 1915.

Bassin généralement rétréci.

Accouchement provoqué au ballon.

T..., née T..., 38 ans, II^{pare}.

A. P. I^{re} grossesse. Accouchement provoqué à terme à la bougie de Krause.

Grossesse actuelle. — D. R. 20 mai 1914.

Le 17 février 1915, à 9 heures du matin, introduction du ballon, début de douleurs, 10 h. $\frac{1}{2}$, expulsion du ballon à 5 heures du soir.

A 10 heures du soir, arrêt du travail.

Injection de pituitrine, douleurs jusqu'à 3 heures du matin.

Le 18, à 10 heures, col à 5 fr.

Injection de pituitrine.

Le 19, pas de douleurs, rupture de la poche des eaux, les douleurs reprennent actives. Accouchement spontané à 5 heures.

Enfant pesant 2,970 gr.

Durée totale de l'accouchement : 2 jours.

Suites de couches. — Excellentes. Enfant bien portant à la sortie.

OBSERVATION XXXII

12 mars 1915.

Bassin aplati et généralement rétréci.

Accouchement provoqué.

Version. Enfant vivant.

G..., née R..., 33 ans, IV^{pare}.

A. P.

I^{re} Grossesse. Forceps, enfant mort.

II^e Grossesse. Accouchement provoqué à terme, extrêmement difficile, enfant mort.

III^e Grossesse. Accouchement prématuré provoqué dans le service. Version. Enfant vivant.

Grossesse actuelle. — D. R. 4 juillet 1914.

Grossesse de 8 mois O. I. D. P.

Le 12 mars 1915, introduction du ballon à 11 heures du matin.

Début des douleurs à midi.

Expulsion du ballon et rupture de la poche des eaux à 6 heures du soir.

A 9 h. $\frac{1}{2}$ du soir, version.

Enfant vivant de 2,750 gr.

Durée totale de l'accouchement : 10 h. $\frac{1}{2}$.

Suites de couches. — Excellentes, pas de température. Sortie au bout de 19 jours avec enfant bien portant, ayant repris son poids de naissance.

OBSERVATION XXXIII

13 juillet 1911.

Bassin aplati et généralement rétréci.

Accouchement prématuré provoqué à 8 mois.

Version difficile. Champetier laborieux.

Enfant vivant.

G..., née R..., 29 ans, III^{pare}.

A. P. La malade n'a fait ses premiers pas qu'à l'âge de 3 ans.

Nourrie au sein.

Réglée à 11 ans toujours régulièrement.

Pneumonie dans l'enfance.

I^{re} grossesse en 1907. Accouchement au forceps. L'enfant n'a pas vécu.

II^e grossesse (1909). Accouchement provoqué à terme, extrêmement difficile au dire de la malade. L'enfant n'a pas vécu.

Grossesse actuelle. — D. R., 15 novembre 1910.

Bassin. — P. S. P. = 9 $\frac{1}{m}$.

Faux promontoire sacré, le tour du détroit supérieur se fait facilement. Arc antérieur à court rayon.

Bassin de Césarienne à terme. Celle-ci étant refusée par la malade on lui conseille l'accouchement provoqué immédiat.

La malade entre dans le service le 12 juillet 1911, au soir.

Le 13 juillet, à 8 h. $\frac{1}{2}$ du matin, sous anesthésie, après l'asepsie habituelle et après avoir saisi le col avec une pince à griffes, on introduit un doigt dans le col et saisissant le ballon moyen roulé en forme de cigare avec la main droite, on le fait glisser sur le doigt se trouvant dans le col jusqu'à ce que la grande circonférence du ballon ait franchi l'orifice interne du col.

Puis laissant le doigt dans le col pour éviter tout déplacement du ballon, on remplit celui-ci d'eau avec une douche jusqu'à tension convenable.

La malade ayant été mise dans son lit commence à avoir des douleurs à 11 h. $\frac{1}{2}$ qui, à partir de 2 heures du soir deviennent fortes.

À 6 heures du soir le ballon est expulsé dans le vagin, et un toucher fait à ce moment montre une dilatation complète, mais à partir de ce moment les douleurs diminuent d'intensité.

La tête reste haute, débordant le pubis en O. I. G. T.

À 7 heures on rompt la poches des eaux, la malade pousse. M. Plauchu monte à 9 heures du soir et après s'être rendu compte que l'extraction de l'enfant par le forceps serait très aléatoire étant donné l'angustie pelvienne, il fait une version.

Enfant vivant de 2,900 gr.

Durée totale de l'accouchement : 12 à 13 heures.

Suites de couches. — Parfaites ; la température n'a pas dépassé 37°5. L'enfant, à la sortie, a dépassé de beaucoup son poids de naissance.

OBSERVATION XXXIV

4 août 1915.

Rétrécissement du bassin.

Accouchement provoqué à 8 mois. Ballon.

Enfant vivant.

B..., née S..., 35 ans, IV^{para}.

I^{re} grossesse. Forceps laborieux. Enfant mort-né.

II^e grossesse 1909. Accouchement provoqué. Enfant vivant.

III^e grossesse 1911. Accouchement provoqué. Version. Enfant mort.

Grossesse actuelle. — D. R. 1^{er} décembre 1914.

Pour les mêmes indications que précédemment, on décide la provocation du travail à 8 mois (M. de Cougny).

Introduction très facile du ballon à 9 heures, le 4 août 1915. Travail particulièrement rapide au début. Le ballon est expulsé dans le vagin à 1 heure, puis les douleurs se ralentissent et deviennent irrégulières jusqu'à 10 heures. Tête mobile au-dessus du détroit supérieur.

A 10 heures le col est à une paume de main. Rupture artificielle des membranes. Le travail s'active, devient très actif à minuit. Expulsion spontanée à 2 heures du matin d'un enfant vivant, fille de 2,400.

Durée totale de l'accouchement : 17 heures.

Suites de couches. — Apyrétiques. Enfant bien portant, à la sortie ayant dépassé son poids de naissance.

OBSERVATION XXXV

5 août 1915.

Rétrécissement du bassin.

Gros enfant. Accouchement provoqué. Forceps au détroit supérieur.

V..., née M..., 33 ans, III^e ^{pare}.

I^{re} grossesse. Fausse-couche de 5 mois.

II^e grossesse : Accouchement provoqué à terme, enfant très gros pesant 4,200. Extrait par version. Mort-né.

Grossesse actuelle. — D. R. 18 novembre 1914.

Enfant gros déjà à 8 mois.

L'accouchement provoqué est indiqué à 8 mois 1/4.

Le 5 août 1915, à 9 heures du matin, introduction du ballon dans le segment inférieur directement avec les doigts. Début des douleurs à 10 heures, régulières.

A 2 heures du soir, le ballon est expulsé dans le vagin, le travail se ralentit.

A 7 heures, rupture de la poche des eaux. Les douleurs reprennent, la tête se fixe et tend à s'engager.

Le 6 août, à 3 heures du matin, col dilatable, le travail s'arrête. Anneau de Bandl contracté.

La rétraction utérine est la cause de l'arrêt du travail et de

l'impossibilité de la descente. Forceps avec lacs en O. I. G. A., pries directe. Aucun obstacle osseux.

Enfant vivant de 3.050 gr.

Durée totale de l'accouchement : 18 heures.

Suites de couches. — Le soir de l'accouchement, 38°. Les jours suivants, pas de température. Enfant ayant repris son poids de naissance à la sortie.

OBSERVATION XXXVI

5 septembre 1913.

Rétrécissement du bassin.

Gros œuf. Accouchement provoqué au ballon. Version. Enfant mort. P. = 4,200 gr.

V..., née M..., 31 ans, II^{pare}.

A. P. Nourrie au sein.

Premiers pas à 1 an.

Réglée à 15 ans régulièrement.

Règles abondantes.

I^{re} grossesse : Fausse-couche de 5 semaines en 1910. Perte pendant 4 jours.

Grossesse actuelle. — D. R. 9 novembre 1912.

Le 27 juin 1913, hauteur utérine = 34 $\frac{1}{2}$ O. I. G. A. Léger excès de liquide amniotique.

Le 23 juillet, hauteur utérine = 40, utérus tendu. Pas de signes de compression, tête mobile.

Le 30 juillet, présentation du siège, hydramnios. Version par manœuvres externes.

Le 28 août, hauteur utérine = 41. Gros enfant avec hydramnios. Œdème des membres inférieurs. Tête mobile.

Bassin. — P. S. P. = 10 $\frac{3}{4}$. Cavités cotyloïnes redressées. Arc antérieur à court rayon.

Le terme étant dépassé et l'enfant paraissant volumineux, on décide l'interruption de la grossesse.

Le 5 septembre 1913, au matin, la malade mise en position gynécologique, après les soins d'asepsie ordinaire et sous anesthésie au chloroforme, on saisit la lèvre postérieure du col avec une pince de Museux. Puis l'index de la main gauche introduit dans le col pour servir de guide, on fait glisser directement avec la main droite un ballon de Champetier de Ribes de volume moyen jusqu'à ce que la grande circonférence du ballon ait franchi l'orifice interne du col. Puis, au moyen d'une douche, on remplit le ballon d'eau

bouillie jusqu'à une certaine tension, en le maintenant en place avec l'index se trouvant dans le col, et l'opération se termine par une injection vaginale.

La malade étant transporté dans son lit, les douleurs commencent presque immédiatement, et continuent régulièrement toute la nuit.

Le lendemain les douleurs continuent mais l'engagement ne se fait pas malgré la rupture spontanée de la poche des eaux et la dilatation complète.

Vers 8 heures M. Plauchu appelé juge que si l'enfant doit passer, seule la version peut y réussir.

Version classique jusqu'à l'extraction de la tête. Pour celle-ci la manœuvre de Mauriceau et celle de Champetier de Ribes poursuivies aux dernières limites de la traction, parviennent, après de longs efforts, à l'extraction.

Enfant mort-né pesant 4,200 gr.

Durée totale de l'accouchement : 12 heures.

Suites de couches. — Température, 38°5 le premier jour, au-dessous de 37°5 dans les jours suivants.

OBSERVATION XXXVII

7 septembre 1915.

Rétrécissement léger du bassin.

Accouchement provoqué à 8 mois.

Forceps au détroit supérieur.

Enfant vivant.

G..., née P..., 35 ans, V^{pare}.

I^{re} grossesse. Accouchement au forceps.

II^e grossesse. Accouchement spontané d'un enfant moyen, 2,850 gr.

III^e grossesse. Accouchement prématuré provoqué. Version. Enfant vivant.

IV^e grossesse. Accouchement avec application de forceps avec lacs.

Grossesse actuelle. — D. R. 3 janvier 1915.

P. S. P. = 10,2. Bassin surtout alpati.

Les difficultés du dernier accouchement (forceps avec lacs) et l'enfant paraissant déjà gros, font adopter l'accouchement provoqué à 8 mois 1/4.

Le 7 septembre 1915, introduction du ballon à 10 heures du matin avec la technique habituelle, sans difficultés.

Début des douleurs à 1 heure de l'après-midi.

A 4 h. $\frac{1}{2}$, le ballon est expulsé dans le vagin.

A 6 h., la dilatation est complète, puis les douleurs s'arrêtent, inertie utérine. Rupture artificielle de la poche des eaux, les douleurs restent atténuées.

Forceps au détroit supérieur avec col très souple, et tête amorcée.

Tractions moyennes, descente facile, enfant vivant.

Durée totale de l'accouchement : 9 heures.

Poids de l'enfant, 2,750 gr., nourri par la mère, atteint son poids de naissance au 18^e jour.

Suites de couches. — La température n'a pas dépassé 37° 6.

OBSERVATION XXXVIII

25 février 1910.

Rétrécissement léger du bassin.

Enfant gros à 8 mois.

Accouchement provoqué. Version.

Enfant vivant.

G..., née P..., 29 ans, III^e ^hâre.

A P. Nourrie au sein.

Premiers pas à 15 mois.

I^{re} grossesse. Accouchement au forceps.

II^e grossesse. Accouchement spontané d'un enfant moyen, 2,850 gr.

Grossesse actuelle. — D. R. 14 juin 1909.

Examen du squelette. — Signes évidents de rachitisme. Incurvation antéro-externe du fémur et du tibia.

Bassin. — P. S. P. = 10,2.

On fait le tour du détroit supérieur. Arc antérieur à rayon moyen, sinus assez profonds.

Bassin surtout aplati compatible avec accouchement spontané d'un enfant moyen.

A 8 mois on constate que l'enfant paraît volumineux. La hauteur utérine est 37 $\frac{1}{m}$.

La tête mobile en O. I. G. T.

On décide l'accouchement prématuré provoqué.

Le 25 février 1910, à 10 heures du matin, on introduit le ballon directement avec les doigts dans le segment inférieur suivant la technique habituelle.

La malade commence, à 11 heures, à avoir des douleurs qui, à partir d'une heure du soir, deviennent fortes.

A 5 heures du soir, le ballon est expulsé dans le vagin, le travail continue, le fœtus très mobile, change souvent de position.

A 8 heures, les douleurs deviennent expulsives, la poche des eaux est à la vulve, on la rompt, le liquide amniotique coule en abondance.

A 9 h. $\frac{1}{2}$, la tête reste mobile au-dessus du détroit supérieur bien que la femme pousse depuis une heure et demie.

Devant l'absence d'engagement, M. Plauchu décide la version qui est facile malgré l'écoulement du liquide amniotique.

Enfant vivant pesant 3,050.

Durée totale de l'accouchement : 11 h. $\frac{1}{2}$.

Suites de couches. — Apyrétiques. Sortie au bout de 15 jours en bonne santé avec son enfant bien portant.

OBSERVATION XXXIX.

2 décembre 1915.

Tuberculose rénale. Pyurie et Hématuries.

Accouchement provoqué à 8 mois $\frac{1}{4}$.

R..., née R..., 34 ans, II^{pare}.

La malade présentait depuis le 3^e mois de sa grossesse des hématuries et de la pyurie. Son bon état général contraindiquait à ce moment toute idée d'avortement provoqué.

Surveillance de la grossesse, régime pour l'état rénal. On laisse évoluer la grossesse.

Ce n'est qu'à 8 mois $\frac{1}{4}$ que l'état de la malade fléchit, les urines sont plus sanglantes et un gros dépôt purulent existe au fond du vase par le repos.

Quantité d'urine diminuée.

Indications. — En présence de ces faits on décide d'interrompre la grossesse.

Le 2 décembre 1912, à 10 h. $\frac{1}{2}$, introduction du ballon petit volume directement aux doigts.

Douleurs à l'après-midi.

Expulsion du ballon vers 4 h. $\frac{1}{2}$; rupture artificielle de la poche des eaux.

Accouchement spontané à 9 h. $\frac{1}{2}$.

Durée totale de l'accouchement : 11 heures.

Enfant vivant pesant 2,250.

Suites de couches. — Normales. Sortie le 23 décembre en bon état avec enfant bien portant.

OBSERVATION XXXX

4 décembre 1915.

Rétrécissement du bassin. Bassin aplati. P. S. P. = 9 $\frac{1}{m}$ 4.

Accouchement provoqué. Ballon. Enfant vivant.

V..., née F..., 42 ans, VII^{para}.

A marché à 2 ans $\frac{1}{2}$.

Réglée à 15 ans, régulièrement.

6 grossesses antérieures. Toutes les grossesses se sont terminées à la campagne par des applications de forceps dont 3 fois avec enfants morts traumatisés.

Grosses actuelle. — D. R. 10 avril 1915.

Femme de petite taille.

Bassin. — Promontoire saillant en bec surplombant une cavité sacrée très accusée. P. S. P. = 9 $\frac{1}{m}$ 4.

Arc antérieur à rayon moyen, type très net de bassin très aplati.

M. Plauchu décide l'accouchement provoqué à 8 mois.

Le 4 décembre 1915, introduction du ballon moyen suivant la technique ordinaire à 8 heures du matin.

Début des douleurs à midi. A 3 heures les douleurs sont très vives, le ballon est expulsé dans le vagin. Les douleurs s'espacent environ d'une heure puis reprennent avec intensité. A 6 heures, la malade pousse violemment.

A 7 heures 15, expulsion spontanée d'un enfant vivant de 2,720 gr. déformation de la tête en haricot. Délivrance artificielle.

Durée totale de l'accouchement : 11 heures $\frac{1}{4}$.

Suites de couches. — Température régulière à 37°2-37°5. Enfant reprend son poids de naissance au 14^e jour.

OBSERVATION XXXXI

29 avril 1916.

Albuminerie grave. Accouchement provoqué à 8 mois. Ballon.

Forceps. Enfant vivant.

V..., née, 32 ans. II^{para}.

Femme bien constituée et de grande taille. Bonne santé habituelle. Scarlatine à 11 ans.

Premières règles à 13 ans.

Mariée à 29 ans.

En 1914, première grossesse. Albuminerie persistante. Enfant

mort. Expulsion d'un macéré de 7 mois, lésions placentaires très accusées.

Grossesse actuelle. — D. R. 29 août 1915.

Soignée en ville pour albuminurie à partir du 4^e mois. Le 20 avril entre à la Maternité avec 11 gr. d'albumine, céphalée, œdèmes multiples. Traitement médical sévère. L'albuminurie diminue, mais au bout de 8 jours de traitement, reste stationnaire à 6 gr. toujours avec des céphalées. M. Plauchu décide l'interruption de la grossesse, l'enfant étant vivant et paraissant assez bien développé.

Le 29 avril 1916, à 8 heures, introduction très facile du ballon moyen suivant la technique ordinaire. Début des douleurs à 9 heures. A midi, expulsion du ballon. Le travail tendant à s'arrêter on fait la rupture artificielle des membranes. Les douleurs reprennent avec intensité. A 2 heures, expulsion spontanée d'un enfant vivant de 2,320 gr., mis en couveuse, puis envoyé à Longchêne d'où il sort bien portant.

Durée total du travail : 6 heures.

Suites de couches. — Légèrement fébriles ; une fois 38°2 ; pendant 8 à 10 jours, la température oscille aux environs de 38°, puis redevient normale. Sortie au 25^e jour en bonne santé. Les céphalées ont disparu ainsi que les œdèmes. Il persiste un disque d'albumine assez net.

. OBSERVATION XXXXII

22 janvier 1917.

Rétrécissement du bassin. Accouchement provoqué au ballon.

B..., née S..., 36 ans, V^{pare}.

I^{re} grossesse. Enfant mort-né au cours d'une application très laborieuse de forceps.

II^e grossesse. Accouchement prématuré provoqué à 7 mois 3/4. Ballon. Enfant vivant pesant 2,350 gr.

III^e grossesse. Accouchement prématuré provoqué. Ballon à 8 mois 1/4. Enfant gros, 3,600 gr. version, mort-né.

IV^e grossesse. Accouchement provoqué à 8 mois. Ballon. Enfant vivant.

Grossesse actuelle. — D. R. 15 mai 1916.

Grossesse sans incident. Pour les mêmes indications qu'aux grossesses précédentes on décide l'accouchement prématuré à 8 mois exactement, l'enfant précédent n'ayant pu passer à cause de son volume.

Le 22 janvier, à 8 heures du matin, introduction du ballon avec la technique ordinaire.

Début des douleurs à midi. Douleurs de plus en plus fortes. Expulsion du ballon dans le vagin à 5 heures. Le travail continue. A 10 heures du soir, douleurs intenses de dilatation. Rupture de la poche des eaux à dilatation complète. Expulsion à minuit, d'un enfant vivant de 2,620 gr. par application facile de forceps au haut de l'excavation.

Durée totale de l'accouchement : 16 heures.

Suites de couches. — Normales, premier jour, 37°9. Enfant vivant en bonne santé, atteint son poids de naissance au 16^e jour.

OBSERVATION XXXXIII

25 juin 1917.

Bassin aplati. Accouchement à 8 mois $\frac{1}{4}$.

Présentation du front, version enfant vivant.

G..., née C..., 30 ans, employée, II^{ème} pare.

1^{re} grossesse. Présentation de la face. Durée du travail : 5 jours. Enfant mort in-utéro pendant le travail.

Grossesse actuelle. — D. R. 5 octobre 1916.

Examen du bassin. — P. S. P. = 10,2.

On fait facilement le tour du détroit supérieur, sinus accessibles, peu profonds. Arc antérieur à rayon moyen.

L'enfant est déjà gros. Tête mobile au-dessus du détroit supérieur. On décide l'accouchement provoqué à 8 mois $\frac{1}{2}$.

Le 23 juin, à 9 heures matin, introduction du ballon moyen avec la technique habituelle.

Début des douleurs : 11 heures.

A 4 heures le ballon est expulsé dans le vagin, la tête étant mobile on ne rompt pas la poche des eaux et on décide d'attendre. Toute la nuit, douleurs faibles et espacées.

Le 24, au matin poche des eaux piriforme, rupture artificielle des membranes. Les douleurs deviennent plus actives, à 4 heures du soir le col est dilaté, la tête tend à se fixer.

L'examen montre à ce moment une présentation du front. M. Plauchu appelé, essaie prudemment une version. Malgré l'écoulement des eaux, il n'y a pas de rétraction utérine accusée, l'évolution est assez facile. La version se termine par extraction d'un enfant vivant de 2,600.

Durée totale de l'accouchement : 32 heures.

Suites de couches. — Apyrétiques, la température a été remarquablement régulière au-dessous de 37,5. Enfant bien portant à la sortie.

OBSERVATION XXXXIV

8 septembre 1917.

Rétrécissement du bassin.

Accouchement provoqué près du terme.

T..., née D..., 40 ans, IV^{para}.

A. P.

I^{re} grossesse. Forceps chez elle.

II^e grossesse. Forceps, Enfant de 3,080 gr.

III^e grossesse. Présentation de l'épaule terminée par la version podalique.

Grossesse actuelle. — D. R. 8 décembre 1916.

Grossesse de 8 mois 3/4. O. I. D. P.

La gestante accuse des douleurs insupportables dans l'hypogastre, lui rendant le sommeil impossible. Malgré le traitement palliatif, son état ne s'améliore pas, aucun moyen ne suffit pour la soulager.

Devant cette situation qui retentit sur l'état général de la malade, M. Plauchu décide l'accouchement provoqué avant terme, étant donné que l'enfant est déjà volumineux et que le bassin de la malade est légèrement rétréci.

Le 8 septembre, à 9 h. 45 du matin, sous anesthésie et après les précautions d'asepsie ordinaires, on saisit, avec une pince à griffes, la lèvre postérieure du col qu'on abaisse légèrement: un léger suintement sanguin suit la prise du col.

Puis, saisissant de la main droite le ballon de Champetier moyen modèle, roulé en cigare et se servant de guide de l'index gauche introduit préalablement dans le vagin, on le fait glisser dans le col jusqu'à ce que la grande circonférence du ballon ait franchi l'orifice interne du col. Laissant toujours l'index gauche dans le vagin pour empêcher le déplacement du ballon, on laisse passer celui-ci, avec une douche, une quantité d'eau suffisante pour transmettre au ballon une tension moyenne.

Presque immédiatement les douleurs de dilatation commencent devenant de plus en plus fortes et rapprochées.

A 2 heures après-midi, le ballon est expulsé dans le vagin, et la présentation est transformée en épaule. La malade ayant déjà

eu une présentation de l'épaule dans une grossesse antérieure on est en droit de ne pas attribuer la présentation vicieuse au procédé du ballon. Par manœuvres externes on arrive à faire la version et à transformer l'épaule en sommet, puis fixant la présentation, et la dilatation étant suffisante, on rompt la poche des eaux.

Les douleurs continuent avec intensité et ne tardent pas de devenir expulsives.

L'expulsion a duré à peine quelques minutes et s'est terminée par l'accouchement d'un enfant de 3,400 gr, à 3 heures.

Durée totale de l'accouchement : 5 h. 1/4.

Suites de couches. — Normales. Les phénomènes douloureux signalés comme indication de l'accouchement provoqué ont disparu dès le lendemain de l'accouchement.

Enfant bien portant à la sortie.

OBSERVATION XXXXV

10 février 1918.

Cyphoscoliose à grandes courbures.

Double luxation iliaque congénitale.

Naine de 1 m. 24.

Accouchement prématuré provoqué.

G..., née S..., 25 ans. I^{ère} par.

A. P. Nourrie au sein en nourrice.

On s'est aperçu seulement au moment de la marche, à 17 mois, d'une luxation congénitale double de la hanche.

A 12 ans seulement, début de scoliose qui s'accuse rapidement; application d'un corset.

Réglée à 15 ans très régulièrement.

La scoliose a évolué jusqu'à 21 ans, à ce moment on supprime le corset et tout autre traitement.

Examen général. — Bon état général.

Rien du côté des appareils circulatoire, respiratoire, digestif, urinaire.

Squelette. — Double luxation iliaque, les têtes fémorales se trouvent dans la fosse iliaque externe.

Cyphoscoliose à grande courbure.

Bassin. — Promontoire saillant, dévié à gauche, Sinus gauche étroit. Projection cotyloïdienne. Sinus droit plus vaste.

Arc antérieur à rayon assez bon.

P. S. P. = 10,5.

Bassin aplati et généralement rétréci, compatible avec accouchement spontané d'un enfant moyen.

Grossesse actuelle. — D. R. 19 mai 1917.

A 8 mois 1/4 l'enfant paraissant déjà assez gros on décide l'accouchement provoqué.

Le 9 février 1918, à 9 heures du matin, après les précautions d'asepsie ordinaire, M. Plauchu introduit directement, avec les doigts, un ballon de Champetier moyen volume, le col étant suffisamment souple pour permettre cette introduction.

Vers 1 heure de l'après-midi, la malade commence à avoir quelques douleurs très espacées et légères, mais qui augmentent progressivement d'intensité et deviennent de plus en plus rapprochées.

A 6 heures, le ballon est expulsé dans le vagin, les douleurs continuent régulières toutes les 10 minutes.

A 10 heures du soir, un toucher pratiqué permet de se rendre compte de la dilatation du col qui est à une petite paume de main. A partir de ce moment, les douleurs deviennent intenses et très rapprochées.

A 1 heure du matin, rupture spontanée de la poche des eaux, accouchement spontané à 2 h. 1/2.

Enfant vivant pesant 2,400 gr., nourri par sa mère.

Suites de couches. — Excellentes. L'enfant pèse 2,480 à la sortie.

OBSERVATION XXXXVI

2 avril 1918.

Tuberculose pulmonaire avec vomissements graves.

Accouchement provoqué à 8 mois 1/4. Enfant vivant.

V..., née F..., 26 ans, III^{ème} pare.

A. P. Nourrie au sein pendant 6 mois, en suite au biberon.

Rougeole et coqueluche à 8 ans, elle a toujours été malade depuis. En 1915, bronchite aiguë qui a obligé la malade de garder le lit pendant un mois.

I^{ère} grossesse en 1913. Bien supportée, accouchement spontané à terme d'un enfant gros, bien portant depuis.

II^{ème} grossesse en juillet 1916. Fausse-couche de 3 mois : hémoptysies qui se répètent depuis de temps en temps. En même temps crise d'appendicite pour laquelle la malade a été opérée en août 1916.

Grossesse actuelle. — D. R. 12 juillet 1917. La malade tousse depuis quelque temps et expectore des crachats sanguinolants. Mauvais état général, dyspnée, points de côté, vomissements fré-

quents rendant difficile son alimentation, l'enfant étant nettement gros et développé, l'interruption de la grossesse est décidée à 8 mois 1/4.

Le 2 avril 1918, à 9 heures du matin, introduction du ballon modèle moyen directement avec les doigts suivant la technique habituelle. Immédiatement après, la malade commence à avoir quelques malaises auxquels succèdent des douleurs régulières. A 4 heures du soir, le ballon est expulsé dans le vagin, Le col est à une petite paumée de main. L'utérus étant tendu et contenant beaucoup d'eau on rompt artificiellement les membranes.

Il s'écoule au moins 2 litres de liquide. La tête s'amorce et la dilatation se poursuit lentement. Ce n'est qu'à minuit que les contractions utérines deviennent vives, actives et rapprochées. La malade accouche spontanément à 6 heures du matin d'un enfant vivant de 3,120 gr.

Durée totale de l'accouchement : 21 heures.

Suites de couches. — Sans incidents. Les vomissements cessent, l'état de la malade s'améliore au point de vue de l'état général. Aucune modification sensible dans son état pulmonaire.

CHAPITRE IV

Résultats

De l'étude de ces quarante-six observations nous pouvons dégager les résultats suivants :

1° *Mise en train du travail.* — Le travail s'est pour ainsi dire *toujours* déclaré dans les trois à quatre premières heures qui ont suivi l'introduction du ballon. Il n'y a eu à cette règle aucune exception.

2° *Durée de la dilatation.* — Sauf dans une observation (Obs. XXI), par la technique précédemment décrite la dilatation du col s'est poursuivie presque dans des conditions normales commençant avec de faibles contractions progressivement plus énergiques et aboutissant au bout de quelques heures à une dilatation suffisante pour que le ballon fût expulsé dans le vagin. Elle a continué ensuite, après un temps de ralentissement à peine marqué dans la moitié des cas environ, arrivant au bout d'un temps variable à la dilatation complète.

Dans l'autre moitié des cas, un arrêt incomplet mais net du travail a nécessité la rupture artificielle des membranes, après laquelle le travail a repris une nouvelle activité jusqu'à la dilatation complète et à l'expulsion.

L'expulsion elle-même a été courte ou plus longue suivant l'état de la contraction utérine suivant les conditions de dystocie du bassin, volume de l'enfant, présentation, primiparité ou multiparité, etc., comme dans un accouchement spontané.

Durée totale du Travail.

Voici un tableau du temps qui a été nécessaire à la terminaison du travail dans nos quarante-six observations depuis la mise en place du ballon jusqu'à la fin de l'accouchement :

OBSERVATION : I.....	9 heures
— II.....	29 —
— III.....	26 —
— IV.....	9 —
— V.....	13 —
— VI.....	10 —
— VII.....	13 —
— VIII.....	13 —
— IX.....	10 —
— X.....	17 —
— XI.....	12 $\frac{1}{2}$ —
— XII.....	24 —
— XIII.....	10 —
— XIV.....	7 —
— XV.....	6 —
— XVI.....	10 —
— XVII.....	48 —
— XVIII.....	15 —
— XIX.....	7 —
— XX.....	16 —
— XXI.....	3 jours et 8 heures
— XXII.....	9 heures
— XXIII.....	5 —
— XXIV.....	14 —
— XXV.....	12 —
— XXVI.....	6 —
— XXVII.....	24 —
— XXVIII.....	4 —

OBSERVATION :	XXIX.....	12 heures
—	XXX.....	34 —
—	XXXI.....	2 jours
—	XXXII.....	10 heures $\frac{1}{2}$
—	XXXIII.....	13 —
—	XXXIV.....	17 —
—	XXXV.....	18 —
—	XXXVI.....	12 —
—	XXXVII.....	9 —
—	XXXVIII.....	11 — $\frac{1}{2}$
—	XXXIX.....	11 —
—	XXXX.....	11 — $\frac{1}{4}$
—	XXXXI.....	6 —
—	XXXXII.....	16 —
—	XXXXIII.....	32 —
—	XXXXIV.....	5 — $\frac{1}{4}$
—	XXXXV.....	17 — $\frac{1}{2}$
—	XXXXVI.....	21 —

Mode de terminaison du Travail.

Dans les conditions optima des indications, c'est-à-dire quand la provocation du travail a été faite au bon moment pour qu'il n'y ait pas de disproportion entre le volume de l'enfant et l'angustie pelvienne, la terminaison spontanée a été la règle. Il en a été de même dans les cas où l'indication de l'interruption de la grossesse était autre qu'un rétrécissement du bassin.

Voici à cet égard le détail pour chaque observation :

OBSERVATION : I. Siège-Extraction.

- II. Forceps dans l'excavation pour inertie.
- III. Bassin redoutable, malade s'étant présentée près du terme et ayant refusé la césarienne. Terminaison par basiotripsie.
- IV. Siège-Extraction à dilatation complète.

OBSERVATION: V. Rétrécissement léger avec gros enfant, interruption de la grossesse à terme dans la crainte d'un retard. Forceps avec lacs.

— VI. Mort habituelle du fœtus. Expulsion spontanée.

— VII. Souffrance du fœtus. Forceps au détroit supérieur.

— VIII. Expulsion spontanée.

— IX. Expulsion spontanée.

— X. Disproportion entre la tête et le bassin. Version. Enfant mort quatre heures après.

— XI. Expulsion spontanée.

— XII. Placenta prævia- Braxton-Hicks-Extraction.

— XIII. Forceps dans l'excavation.

— XIV. Expulsion spontanée.

— XV. Expulsion spontanée.

— XVI. Version enfant trop gros. Mort-né.

— XVII. Forceps dans l'excavation.

— XVIII. Siège, Extraction.

— XIX. Anémie pernicieuse. Expulsion spontanée d'un mort-né.

— XX. Version sur sommet. Enfant vivant.

— XXI. Forceps dans l'excavation.

— XXII. Version, Enfant mort 20 heures après.

— XXIII. Eclampsie, Expulsion spontanée. Mort-né.

— XXIV. Expulsion spontanée.

— XXV. Forceps au détroit supérieur.

— XXVI. Expulsion spontanée.

— XXVII. Siège. Extraction.

— XXVIII. Expulsion spontanée.

— XXIX. Expulsion spontanée.

— XXX. Expulsion spontanée.

— XXXI. Expulsion spontanée.

— XXXII. Version.

OBSERVATION: XXXIII. Version.

- XXXIV. Expulsion spontanée.
- XXXV. Rétraction utérine moyenne. Forceps au détroit supérieur.
- XXXVI. Gros œuf. Version. Enfant de 4.200 mort-né.
- XXXVII. Forceps au détroit supérieur.
- XXXVIII. Version facile.
- XXXIX. Expulsion spontanée.
- XXXX. Expulsion spontanée.
- XXXXI. Expulsion spontanée.
- XXXXII. Forceps facile.
- XXXXIII. Version.
- XXXIV. Expulsion spontanée après version externe.
- XXXXV. Expulsion spontanée.
- XXXXVI. Expulsion spontanée.

Mortalité fœtale.

OBSERVATION: I. Fœtus de 6 mois $\frac{1}{2}$ mort-né (accidents cardio-rénaux chez la mère). — 1.

- II. Vivant, 3.100,
- III. Embryotomie.
- IV. Vivant, 2.200.
- V. Vivant, 3.330.
- VI. Vivant, 2.800.
- VII. Vivant, 3.400.
- VIII. Vivant, 2.350.
- IX. Vivant, 3.220.
- X. Mort 4 heures après, 2.030. — 3.
- XI. Vivant, 2.830.
- XII. Vivant, 2.740.
- XIII. Vivant 2.950.
- XIV. Vivant, 3.330.
- XV. Vivant, 3.100.

OBSERVATION:	XVI.	Mort-né,	2.980.
—	XVII.	Vivant,	3.000.
—	XVIII.	Vivant,	3.050.
—	XIX.	Mort-né (anémie pernicieuse).	— 5.
—	XX.	Vivant,	3.800.
—	XXI.	Vivant,	3.130.
—	XXII.	Vivant,	2.850.
—	XXIII.	Mort-né,	1750 (éclampsie). — 6.
—	XXIV.	Vivant,	3.120.
—	XXV.	Vivant,	2.620.
—	XXVI.	Vivant,	2.720.
—	XXVII.	Vivant,	3.100.
—	XXVIII.	Vivant,	3.000.
—	XXIX.	Vivant,	3.550.
—	XXX.	Vivant,	3.100.
—	XXXI.	Vivant,	2.970.
—	XXXII.	Vivant,	2.750.
—	XXXIII.	Vivant,	2.900.
—	XXXIV.	Vivant,	2.400.
—	XXXV.	Vivant,	3.050.
—	XXXVI.	Mort,	4.200 (enfant trop gros pour le bassin). — 7.
—	XXXVII.	Vivant,	2.750.
—	XXXVIII.	Vivant,	3.050.
—	XXXIX.	Vivant,	2.250.
—	XXXX.	Vivant,	2.720.
—	XXXXI.	Vivant,	2.320.
—	XXXXII.	Vivant,	2.620.
—	XXXXIII.	Vivant,	2.600.
—	XXXXIV.	Vivant,	3.400.
—	XXXXV.	Vivant,	2.480.
—	XXXXVI.	Vivant,	3.120.

Sur 46 cas, il y a 7 morts-nés ou enfants ayant succombé avant leur départ de la Maternité. Sur ces 7 morts-nés, 1 a succombé par anémie pernicieuse de la mère, l'autre

par éclampsie, 1 autre a été embryotomisé, et 2 autres ont succombé au cours d'une version difficile et présentaient un excès de volume trop marqué par rapport au degré de rétrécissement pelvien. On ne peut vraiment mettre 5 de ces décès sur 7 au passif du ballon. Il en est de même d'un sixième enfant de 6 mois $\frac{1}{2}$ véritable avorton né à la suite d'une interruption de la grossesse pour accidents cardio-rénaux de la mère.

Ces morts auraient été inévitables par n'importe quelle méthode de provocation du travail. En réalité, il n'y a eu qu'un seul décès qui pourrait être discuté au passif de la méthode.

Mortalité maternelle.

Elle est représentée par deux décès sur quarante-six observations. Un décès est celui d'une femme presque moribonde par anémie pernicieuse et chez laquelle l'interruption de la grossesse fut pratiquée dans l'espoir de sauver l'enfant encore vivant au moment de l'intervention.

L'autre est celui d'une femme chez laquelle l'interruption de la grossesse fut indiquée par des accidents cardio-rénaux des plus graves. Elle mourut quelques jours après l'intervention.

Morbidité maternelle.

Nous n'avons à parler pour la morbidité que de l'infection puerpérale, aucun incident maternel grave n'ayant été constaté autre que ceux que l'on rencontre habituellement au cours d'accouchement spontanés (déchirures du périnée ou des parties molles, hémorragies de la délivrance, etc.).

Au point de vue de l'infection, les résultats, et ils sont intéressants à constater, étant donnée la relation directe de cause à effet, que l'on pourrait attribuer à l'emploi du ballon, ont été particulièrement satisfaisants.

Jamais nous n'avons constaté d'infection grave d'endométrite bruyante avec généralisation.

En acceptant comme base de définition de l'infection, un seul 38°, deux ou trois 38° dans les suites de couches, il n'y a eu que deux malades infectés, dont l'une dans un cas où le ballon a été employé dans le traitement d'un placenta praevia suivi de Braxton-Hicks et d'extraction artificielle du fœtus. Mais ceci peut se voir dans toute méthode et même est particulièrement fréquent dans les cas de placenta praevia. La malade présentait des températures élevées, une phlébite. Elle guérit d'ailleurs ultérieurement. Les résultats heureux au point de vue de l'infection nous paraissent d'autant plus importants à enregistrer qu'ils constituent, ainsi que nous le verrons plus loin, une des supériorités les plus importantes du ballon par comparaison avec les autres méthodes de provocation du travail et en particulier de la bougie.

CHAPITRE V

Discussion critique de la méthode et des résultats

Si dans un coup d'œil d'ensemble nous envisageons maintenant la méthode et ses résultats, nous pouvons en dégager et mettre en évidence quelques idées étayées sur l'étude de nos observations.

L'avantage primordial incontestable du ballon est la certitude pour ainsi dire mathématique si tant est qu'on puisse employer ce mot pour un phénomène biologique, de la mise en travail dans les trois ou quatre heures qui suivent son application. Tout accouchement provoqué par le ballon commence donc pour ainsi dire avec l'introduction du ballon et se termine toujours dans le jour ou les deux jours qui suivent.

Cet avantage est capital si l'accoucheur opère loin de son domicile dans une ville voisine. Il peut prévoir d'avance le temps approximatif qui lui sera nécessaire pour terminer son intervention. Il n'est pas non plus négligeable dans une maternité ou si l'accoucheur opère en ville, car chacun a été témoin de ces nombreux cas où l'emploi de la bougie a nécessité plusieurs jours d'introduction des sondes avant tout début de travail ; dans quelques cas, c'est trois jours, cinq jours et même d'avantage.

M. Plauchu, à la clinique de Fochier, a eu l'occasion d'introduire tous les jours, pendant douze jours de suite, chez une gestante, une bougie avant de voir le travail se déclarer. Les introductions multiples favorisent les chances d'infection en multipliant les contacts et les touchers et laissent parfois s'écouler le moment qui a été choisi comme le plus opportun pour la provocation du travail.

Le deuxième avantage sérieux est de toujours respecter au début du travail, la poche des eaux ; l'introduction directement avec les doigts du ballon dans le segment inférieur au-dessus de l'orifice interne où ils se gonfle progressivement, ne peut produire aucun traumatisme capable de rompre les membranes.

En se gonflant le ballon décolle doucement le pôle inférieur de l'œuf, le refoule légèrement et le travail se poursuit avec un œuf intact. C'est là un avantage important sur la bougie qui, malgré la douceur et l'habileté de l'opérateur, aboutit de temps en temps à cette rupture qui entraîne dans le cas où l'accouchement est provoqué comme traitement d'un rétrécissement du bassin, surtout chez les primipares, de si gros ennuis dans la marche normale du travail de dilatation, soit par suppression du rôle de la poche des eaux dans la dilatation, soit par production progressive de la rétraction utérine avec ses conséquences dystociques pour l'accouchement et ses conséquences, compressives entraînant la souffrance du fœtus.

La rétraction utérine cause de dystocie et de souffrance fœtale a toujours été considérée comme un des gros inconvénients du ballon et cela était vrai avec l'emploi des ballons de Champetier de grand modèle. Dans une seule observation sur quarante-six, la rétraction utérine a été constatée. C'est une proportion qui ne dépasse pas la proportion de cette cause de dystocie dans tous les accouchements pris en bloc.

Un autre inconvénient attribué au ballon est le déplacement de la présentation et son refoulement loin de l'aire du détroit supérieur avec ses conséquences défavorables (présentation vicieuse, procidence du cordon, etc.). Cet inconvénient nous a paru supprimé avec la méthode décrite. Nous n'avons jamais constaté de déplacement sauf dans un cas où, d'ailleurs, la malade avait eu, à deux accouchements antérieurs, une présentation de l'épaule. Nous n'avons pas vu non plus la procidence du cordon.

D'ailleurs, l'étude du mécanisme du ballon explique facilement cette absence de déplacement. En effet, quand on provoque la travail dans le dernier mois de la grossesse, le segment inférieur est toujours constitué à quelque degré. S'il n'apparaît toujours pas d'une façon évidente, c'est que la présentation reste élevée s'il s'agit d'une résistance du bassin, c'est qu'il existe un obstacle pelvien à l'engagement de la présentation. Le ballon moyen introduit dans le segment inférieur s'y creuse pour ainsi dire une niche, force celui-ci à développer son maximum d'extensibilité et cheminant dans le sens de la moindre résistance, il développe du côté de l'excavation, déplie le segment inférieur, de sorte que le ballon reste pour ainsi dire pelvien. Cette circonstance jointe au faible volume du corps étranger fait que la convexité supérieure atteint à peine et ne dépasse pour ainsi dire pas le plan du détroit supérieur.

La présentation reste en équilibre sur lui autant que le lui permettent les autres circonstances de la dystocie (bassin, abondance du liquide amniotique, forme de l'utérus etc., etc.). En tous cas, avant et après l'introduction du ballon, la présentation a toujours été vérifiée et n'a été trouvée déplacée que dans le cas précédemment signalé, où, d'ailleurs, des manœuvres externes ont suffi pour ramener la présentation en sommet.

L'hypertension utérine cause si connue d'anomalies dans la contraction utérine a été aussi signalée comme une des conséquences du ballon de Champetier. Réel avec l'emploi des gros ballons qui, par leur volume, augmentent la cavité utérine, de 500 à 600 cc, cet inconvénient n'existe pas avec l'emploi du ballon moyen de 250 à 300 gr. Le contenu surajouté à l'utérus est réellement trop faible pour influencer en quoi que ce soit la tension utérine.

Ainsi que nous l'avons dit, souvent, dès le début, en tous cas dès les premières contractions, le ballon déplie vers l'excavation le segment inférieur agrandissant ainsi le contenu utérin sans provoquer une tension appréciable

et l'allure du travail observée dans nos cas n'a jamais paru dépendre de ce phénomène. Nous n'avons jamais été obligés comme il était habituel avec les gros ballons de le dégonfler en partie pour déclancher le rythme progressif de la contraction.

Au point de vue de l'infection le ballon nous paraît être moins redoutable que la bougie de Krause. En effet, le ballon comme la bougie peut être par le savonnage prolongé et l'immersion dans un bain antiseptique désinfectés dans des conditions analogues de sécurité, ainsi que les mains de l'opérateur.

Reste donc l'aléa des voies génitales de la patiente. Or il paraît évident que moins les manœuvres dans le vagin et le col seront nombreuses, plus seront diminués les risques d'infection. D'autre part la bougie, après avoir glissé sur les doigts et dans le col s'introduit profondément en pleine caduque du corps et porte *in situ* le moindre germe infectieux qu'elle laisse pour ainsi dire en culture pendant un temps toujours long. La nécessité de multiples introductions de la bougie augmente chaque fois ce désavantage.

Le ballon ne touche qu'une seule fois le vagin et le col; il n'exerce son contact que sur la partie basse segmentaire de la caduque utérine et ne reste là qu'un nombre restreint d'heures avant d'être expulsé dans le vagin. A partir de ce moment, col et segment sont largement béants et drainés sur le vagin, la poche des eaux étant intacte au-dessus. Et dès l'expulsion du ballon un lavage iodé du vagin et direct du col et du segment permet de lutter contre une infection éventuelle.

Les résultats cliniques appuient d'ailleurs ces notions d'ordre théorique.

Le ballon n'est donc pas dangereux pour la mère; il ne l'est pas davantage pour l'enfant, la mortalité fœtale que nous avons enregistrée n'est pas plus considérable que dans les statistiques des autres méthodes.

CHAPITRE VI

Conclusions.

I. Le but de ce travail est non pas de vouloir démontrer, dans la provocation de l'accouchement, la supériorité du procédé du ballon sur celui de la bougie qui, avec ses avantages et inconvénients, reste une excellente méthode, mais d'exposer une technique modifiée qui supprime la plupart des inconvénients reconnus autrefois à la méthode du ballon (hypertension utérine, rétraction utérine, déplacements des présentations, procidence, etc.).

II. — Cette technique a pour base l'emploi du ballon modèle Champetier, comme excitateur, c'est-à-dire d'un faible volume, 250 à 300 grammes gonflé par la seule pression de la douche et introduit dans le col directement avec les doigts sans le secours d'aucun instrument porte-ballon et sans aucune traction sur le ballon mis en place ; cette technique destinée surtout à éviter la rupture des membranes avant le début du travail.

III. Le travail commence toujours dans les trois ou quatre heures qui suivent, se poursuit en général activement jusqu'à l'expulsion du ballon dans le vagin, puis continue souvent ensuite dans les mêmes conditions que l'accouchement spontané avec une poche des eaux restée intacte.

IV. — Dans les cas où le travail se ralentit après l'expulsion du ballon hors du col, celui-ci reprend à la faveur de la rupture artificielle des membranes, qui n'a plus ni la même signification ni le même inconvénient puisqu'elle se pratique, le col étant déjà dilaté à une petite paume de main.

V. — Chez les primipares le ballon peut utilement rem-

placer la bougie au bout de deux ou trois jours d'insuccès, le col étant en général devenu perméable et permettant alors l'introduction du ballon par la technique ordinaire que nous avons exposée en détail.

VI. — Les résultats, tant au point de vue maternel que fœtal, ne le cèdent en rien à ceux des autres méthodes et permettent quand on a en mains la technique et l'habitude qu'elle nécessite, de l'employer avec plus d'utilité et de fruit que la bougie dans nombre de cas, en particulier chez presque toutes les multipares.

VII. — Au point de vue de l'infection, dans des conditions analogues d'organisation antiseptique, le ballon qui n'exerce son contact qu'au niveau du col et du segment inférieur, paraît être supérieur à la bougie qui pénétrant profondément dans la cavité jusqu'au fond de l'utérus où elle reste en place souvent plusieurs jours, équivalant à un véritable toucher intra-utérin répété, avec ses conséquences défavorables. Notre statistique clinique au point de vue de l'infection est notablement meilleure pour le ballon que pour la bougie.

VIII. — Dans quarante-six cas observés nous n'avons constaté ni hypertension utérine ni déplacement de la présentation ni aucune mort fœtale attribuable à quelque degré au ballon qui eut pu être évitée par toute autre méthode.

Le Président de la Thèse,
Aug. POLLOSSON.

Vu :
Le Doyen,
L. HUGOUNENQ.

Vu et permis d'imprimer :
Lyon, le 18 mai 1918.

Le Recteur, Président du Conseil de l'Université,
Pour le Recteur et par délégation :
Le Vice-Président du Conseil de l'Université.
L. HUGOUNENQ.

